



T.C.  
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**2012-2016 YILLARI ARASINDA VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİNDE HİSTEREKTOMİ YAPILAN HASTALARIN  
HİSTOPATOLOJİK TANI ANALİZİ**

Biyolog Havva YILMAZ

TIBBİ HİSTOLOJİ EMBRİYOLOJİ ANABİLİM DALI

(TIP PROGRAMI)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Murat Çetin RAĞBETLİ

VAN-2019

T.C.  
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**2012-2016 YILLARI ARASINDA VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİNDE HİSTEREKTOMİ YAPILAN HASTALARIN  
HİSTOPATOLOJİK TANI ANALİZİ**

Biyolog Havva YILMAZ

TIBBİ HİSTOLOJİ VE EMBRİYOLOJİ ANABİLİM DALI

(TIP PROGRAMI)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Murat Çetin RAĞBETLİ

VAN-2019

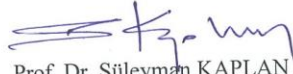
## KABUL VE ONAY

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Histoloji-Embriyoloji Anabilim Dalında Biyolog Havva YILMAZ tarafından hazırlanan "2012-2016 Yılları Arasında Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Histerektomi Yapılan Hastaların Histopatolojik Tanı Analizi" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 04/07/2019



Prof. Dr. Murat Çetin RAĞBETLİ  
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi  
Jüri Başkanı



Prof. Dr. Süleyman KAPLAN  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
Jüri Üyesi



Dr. Öğr. Üyesi Fikret ALTINDAĞ  
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi  
Jüri Üyesi

Tez hakkında alınan jüri kararı, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Semiha DEDE  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



Doç. Dr. İnci Hakan ALP  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Müdür Yardımcısı

## ETİK BEYAN

T.C.

VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Yüksek Lisans Tezi olarak hazırlayıp sunduğum “2012-2016 Yılları Arasında Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Histerektomi Yapılan Hastaların Histopatolojik Tanı Analizi” başlıklı tezim: Bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir. Bu tezdeki bütün bilgiler akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak hazırlanıp, bu kural ve ilkeler gereği, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçlara atıf yapılmış ve kaynak gösterilmiştir.

Yukarıda belirttiğim hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Havva YILMAZ

Tarih: 17/06/2019

İmza:

## TEŞEKKÜR

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakóltesi Tıbbi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitimin süresince bilgisinden faydalandığım, bilgisi ve tecrübelerinden yararlanırken, göstermiş olduğu güler yüz, hoşgörü, sabır ve yüksek anlayışından dolayı Sayın Danışman Hocam, Bölüm Başkanımız Prof. Dr. Murat Çetin RAĞBETLİ'ye,

Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğinde çalışan, araştırmama destek vererek katkı sağlayan, güler yüzü ve nezaketiyle Uzm. Dr. Alim Gökhan KUŐGÖZ'e, Patolojik verilere ulaşmamda katkılarından dolayı Uzm. Dr. Didar GÜRSOY'a, istatistikî verilerde bilgi ve tecrübeleriyle çalışmama yardımcı olan, insani ve ahlaki değerleri ile örnek aldığım Uzm. Dr. Banu AYDIN'a,

Hayatımın her döneminde varlıklarıyla yüzümü güldüren, desteklerini esirgemeyen, her an ve her durumda yanımda olduklarını hissettiren canım ailem ve hayatımı güzelleştiren sevgili eşim Bedrettin YILMAZ'a içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

**Yılmaz H, 2012-2016 Yılları Arasında Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Histerektomi Yapılan Hastaların Histopatolojik Tanı Analizi. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Tıp Fakültesi) Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Van, 2018.**

Bu çalışma 2012 ve 2016 yılları arasında histerektomi yapılan ve patoloji sonuçlarına ulaşılan 227 hastanın verileri üzerinde yapıldı. Tüm yaş gruplarının genel değerlendirilmesi yapıldı. En sık histerektomi nedenleri ve en çok uygulanan cerrahi işlemler tespit edildi. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum kliniğine bu 5 yıllık süreç içerisinde gelen ve gerekli tetkik ve incelemelerden sonra histerektomi operasyonuna alınan hastalar çalışmaya dahil edildi. Retrospektif olarak kayıtların taranması şeklinde planlanmış olan bu çalışmanın amacı; benign hastalıklar nedeniyle yapılan histerektomilerin sayısı, yaş grupları, cerrahi endikasyonlarının neler olduğu ve nihai patoloji sonuçlarının araştırılması ve bu materyallerin histopatolojik sonuçlarının karşılaştırılarak incelenmesidir. Histerektomi operasyonu sonrası hastaların hazırlanan patoloji raporları tek tek incelendi. Histerektomi ameliyatının en çok ve en az yapıldığı yaş grupları, nedenleri, yaş gruplarına hangi cerrahi işlemin uygulandığı ve histopatolojik sonuçlarının neler olduğu retrospektif olarak incelenerek ortaya konuldu. Çalışmamızda istatistiksel olarak belirgin bir fark kaydedilmedi. Elde edilen bulguların daha önce yapılan çalışmalarla paralellik gösterdiği tespit edildi. Sonuçlar literatür ışığında tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Benign, histerektomi, retrospektif analiz.

## ABSTRACT

**Yılmaz H, Histopathological Diagnosis Analysis of Histerectomy in Van Training and Research Hospital Between 2012-2016. Van Yuzuncu Yil University, Institute of Health Sciences, Department of Histology and Embryology, M.Sc. Thesis, Van, 2018.** This study was carried out on the data of 227 patients who underwent hysterectomy between 2012 and 2016 and reached pathology results. Overall evaluation of all age groups was performed. The most common causes of hysterectomy and the most common surgical procedures were identified. The patients who were admitted to Ministry of Health University of Health Sciences Van Training and Research Hospital, Obstetrics and Gynecology Clinic during this 5-year period and underwent hysterectomy after necessary examinations were included in the study. The purpose of this study, which was planned as screening of the records retrospectively, The aim of this study was to investigate the number of hysterectomies performed for benign diseases, age groups, indications for surgery and the results of final pathology and to investigate the suitability of histopathological results. After the hysterectomy operation, the prepared pathology reports of the patients were examined individually. Hysterectomy was performed by examining the most and least age groups, causes, surgical procedures and histopathological results of the age groups retrospectively. No statistically significant difference was found in our study. Previous studies showed that the parallels with other studies. The results were discussed in the light of literature.

**Key Words:** Benign, hysterectomy, retrospective analysis.

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY .....	<i>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</i>
ETİK BEYAN.....	III
TEŞEKKÜR.....	IV
ÖZET .....	V
ABSTRACT.....	VI
İÇİNDEKİLER .....	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	IX
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	X
TABLolar DİZİNİ.....	XI
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Terimler Sözlüğü.....	3
2.2. Histerektomi ameliyatının yapıldığı durumlar .....	3
2.2.1. Myoma uteri .....	3
2.2.2. Endometrial polip .....	4
2.2.3. Endometrial hiperplazi .....	4
2.2.4. Anormal uterin kanamalar .....	4
2.2.5. Endometriyozis.....	4
2.2.6. Prolapsus Uteri (Rahimin dışarı sarkması).....	5
2.2.7. Acil Histerektomi .....	5
2.2.8. Diğer endikasyonlar.....	5
2.3. Histerektomi Kararı Nasıl Verilir?.....	5
2.4. Histerektomi Çeşitleri .....	6
2.4.1. Total abdominal histerektomi (TAH).....	6
2.4.2. Vaginal histerektomi .....	6
2.4.3. Laparoskopik histerektomi .....	7
2.5. Subtotal Histerektomi.....	7
2.6. Myomektomi .....	7
2.7. Histerektomi Ameliyatı Nasıl Yapılır? .....	7
2.8. Operasyon Sonrası Hasta Bakımı Nasıl Olmalıdır ve Hastalar Nelere Dikkat Etmelidir? .....	8
2.9. Histerektomi Ameliyatının Komplikasyonları Neler Olabilir? .....	8



3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	10
3.1. İstatistiksel Analiz.....	10
4. BULGULAR.....	11
4.1. Tüm Yaş Grupları İçin Genel Değerlendirme.....	11
4.2. 20-29 Yaş Aralığındaki Olguların Değerlendirilmesi.....	19
4.3. 30-39 Yaş Aralığındaki Olguların Değerlendirilmesi.....	21
4.4. 40-49 yaş aralığındaki olguların değerlendirilmesi.....	25
4.5. 50-59 Yaş Aralığındaki Olguların Değerlendirilmesi.....	30
4.6. >60 Yaş Olguların Değerlendirilmesi.....	33
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	38
KAYNAKLAR.....	42
ÖZGEÇMİŞ.....	46
EKLER.....	47
EK 1. Etik Kurul Kararı.....	47
EK 2. Tez Orijinallik Raporu.....	48

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>BS</b>	: Bilateral Salpenjektomi
<b>BSO</b>	: Bilateral Salpingooferektomi
<b>LAVH</b>	: Laparoskopik Asiste Vajinal Histerektomi
<b>TAH</b>	: Total Abdominal Histerektomi
<b>USO</b>	: Unilateral Salpingooferektomi
<b>VH</b>	: Vajinal Histerektomi



## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.	Histerektomi yapılan olguların yaş dağılımı .....	11
Şekil 2.	Histerektomi yapılan olguların dekadlara göre dağılımı.....	12
Şekil 3.	Histerektomi nedenleri .....	13
Şekil 4.	Olgularda uygulanan cerrahi işlemler .....	14
Şekil 5.	Histopatolojik sonuçların dağılımı .....	15
Şekil 6.	Anormal uterin kanamalı olguların histopatolojik sonuçlarının dağılımı .....	16
Şekil 7.	Myomlu olguların histopatolojik sonuçlarının dağılımı.....	17
Şekil 8.	Leiomyomalı olguların cerrahi endikasyonlarının dağılımı.....	18
Şekil 9.	Adenomyozisli olguların cerrahi endikasyonlarının dağılımı .....	19
Şekil 10.	İkinci dekaddaki olguların histerektomi nedenleri.....	20
Şekil 11.	İkinci dekaddaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler .....	21
Şekil 12.	Üçüncü dekaddaki olguların histerektomi nedenleri.....	22
Şekil 13.	Üçüncü dekaddaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler .....	23
Şekil 14.	Üçüncü dekaddaki olguların histopatolojik sonuçları.....	24
Şekil 15.	Dördüncü dekaddaki olguların histerektomi nedenleri .....	26
Şekil 16.	Dördüncü dekaddaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler.....	27
Şekil 17.	Dördüncü dekaddaki olguların histopatolojik sonuçları .....	28
Şekil 18.	Beşinci dekaddaki olguların histerektomi nedenleri .....	30
Şekil 19.	Beşinci dekaddaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler.....	31
Şekil 20.	Beşinci dekaddaki olguların histopatolojik sonuçları .....	32
Şekil 21.	>60 yaştaki olguların histerektomi nedenleri .....	34
Şekil 22.	>60 yaştaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler.....	35
Şekil 23.	>60 yaştaki olguların histopatolojik sonuçları .....	36

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b>	Histerektomi yapılan olguların dekadlara göre dağılımı .....	12
<b>Tablo 2.</b>	Histerektomi nedenleri .....	13
<b>Tablo 3.</b>	Olgularda uygulanan cerrahi işlemler .....	14
<b>Tablo 4.</b>	Olguların histopatolojik sonuçları .....	15
<b>Tablo 5.</b>	Anormal uterin kanaması olan olguların histopatolojik sonuçları .....	16
<b>Tablo 6.</b>	Myomlu olguların histopatolojik sonuçları .....	17
<b>Tablo 7.</b>	Leiomyomalı olguların cerrahi endikasyonları .....	18
<b>Tablo 8.</b>	Adenomyozisli olguların cerrahi endikasyonları .....	19
<b>Tablo 9.</b>	İkinci dekaddaki olguların histerektomi nedenleri .....	20
<b>Tablo 10.</b>	İkinci dekaddaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler .....	20
<b>Tablo 11.</b>	Üçüncü dekaddaki olguların histerektomi nedenleri .....	21
<b>Tablo 12.</b>	Üçüncü dekaddaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler .....	22
<b>Tablo 13.</b>	Üçüncü dekaddaki olguların histopatolojik sonuçları .....	23
<b>Tablo 14.</b>	Üçüncü dekaddaki olguların cerrahi endikasyonlarına göre histopatolojik sonuçların sıklığı .....	25
<b>Tablo 15.</b>	Dördüncü dekaddaki olguların histerektomi nedenleri .....	25
<b>Tablo 16.</b>	Dördüncü dekaddaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler .....	26
<b>Tablo 17.</b>	Dördüncü dekaddaki olguların histopatolojik sonuçları .....	27
<b>Tablo 18.</b>	Dördüncü dekaddaki olguların cerrahi endikasyonlarına göre histopatolojik sonuçların sıklığı .....	29
<b>Tablo 19.</b>	Beşinci dekaddaki olguların histerektomi nedenleri .....	30
<b>Tablo 20.</b>	Beşinci dekaddaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler .....	31
<b>Tablo 21.</b>	Beşinci dekaddaki olguların histopatolojik sonuçları .....	32
<b>Tablo 22.</b>	Beşinci dekaddaki olguların cerrahi endikasyonlarına göre histopatolojik sonuçların sıklığı .....	33
<b>Tablo 23.</b>	>60 yaştaki olguların histerektomi nedenleri .....	34
<b>Tablo 24.</b>	>60 yaştaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler .....	34
<b>Tablo 25.</b>	>60 yaştaki olguların histopatolojik sonuçları .....	35
<b>Tablo 26.</b>	>60 yaştaki olguların cerrahi endikasyonlarına göre histopatolojik sonuçların sıklığı .....	37

## 1. GİRİŞ

Histerektomi, kadın hastalıkları grubunda en sık uygulanan tedavilerden biri olup, uterusun cerrahi olarak çıkarılması işlemidir. Bu cerrahi tedavide abdominal, vaginal yada laparoskopik histerektomi yöntemleri kullanılmaktadır. Histerektomi ilk kez 1829 yılında Recamier tarafından vaginal histerektomi şeklinde yapılmıştır (Cravello ve ark., 1997). Abdominal Histerektomi ilk kez 1843 yılında Charles Clay tarafından yapılırken, Laparoskopik Histerektomi de ilk kez 1989 yılında Harry Reich tarafından yapılmıştır (Reich ve ark., 1989; Sutton, 1997). Günümüzde seçilen teknik; cerrahi endikasyon, cerrahın deneyimi, hastanın genel durumu, uterusunun boyutu ve isteğine bağlı olarak değişse de, bugün en çok uygulanan jinekolojik prosedür Abdominal Histerektomi'dir. ABD'de Abdominal Histerektomi, sezeryandan sonra en çok uygulanan ikinci majör cerrahi operasyondur (Farquhar ve Steiner., 2002). Abdominal histerektomiler ile vaginal histerektomiler karşılaştırıldığında, vaginal histerektomi işleminde daha az komplikasyon, daha az kan kaybı ve daha az kan transfüzyonu olurken, iyileşme süresinin de daha kısa olduğu görülmektedir (Ribeiro ve ark., 2003). Ancak ciddi cerrahi komplikasyonlar abdominal histerektomiler için %1,8, vaginal histerektomiler için %5,1 olarak bulunmuştur (Dicker ve ark., 1982). Laparoskopik histerektomide abdominal histerektomi ile karşılaştırıldığında daha az kan kaybı ve daha az post-op ağrı görülürken, günlük aktiviteye dönüş de daha kolay ve daha kısa sürede olmaktadır (Liu, 1992; Reich ve ark., 1999).

Histerektominin endikasyonları arasında anormal uterin kanama, leiomyoma, adenomyozis, endometriyozis, pelvik organ prolapsusu, pelvik inflamatuvar hastalık, kronik pelvik ağrı yer almaktadır. Belirtilen bu endikasyonlar arasında en çok görülen operasyon nedeni leiomyomadır (Davies ve Magos, 1997). Sajjad ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada menometroraji şikayeti sebebiyle ameliyata alınmış olan hastaların histerektomi materyalleri histopatolojik olarak incelenmiş, bu materyallerin %39'unda leiomyoma, %22'sinde adenomyozis saptanmıştır (Sajjad ve ark., 2011). 2010 yılında yapılan bir başka çalışmada da en çok görülen histerektomi nedeni %41,9 ile myoma uteri iken, ovarian kistlerin ameliyat endikasyonlarının %13'ünü, disfonksiyonel uterin kanamalar %10'unu, servikal displaziler ise %3,16'sını oluşturduğu belirtilmiştir (Tazegül ve Acar, 2010) .

Maresh ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, en fazla görülen histerektomi nedeninin %46 ile disfonksiyonel uterin kanama olduğu tespit edilmiş; %67 abdominal histerektomi, %30 vajinal histerektomi ve %3 laparoskopik asiste vajinal histerektomi işleminin (LAVH) yapıldığı gösterilmiştir (Maresh ve ark., 2002). Vessey ve arkadaşlarının incelediği vaka sayısı 1885 olan çalışmalarında, en sık görülen histerektomi sebebinin %38.5 ile leiomyoma olduğu görülmüş bunu takiben; %35.3'ü disfonksiyonel uterin kanama, %6.5'i prolapsus, %5.6'sı invaziv ve preinvaziv maligniteler sebebiyle yapıldığı belirtilmiştir (Vessey ve ark., 1992). Lynne ve arkadaşları tarafından yapılan ve 1.7 milyon histerektomiye içeren retrospektif çalışmalarında, histerektomi vakalarının %30'u leiomyom, %20'si endometriyozis, %18.2'si kanser veya endometrial hiperplazi ve %17.5'inin uterin prolapsus sebebiyle yapıldığı gösterilmiştir (Wilcox ve ark., 1994). Dinçgez ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı çalışmada ise en sık histerektomi endikasyonu % 32.77 myoma uteri olarak tespit edilirken, %14.65'i adneksiyal kitleler, %13.49'u pelvik organ prolapsusu, %10.43'ünün endometrial polipe bağlı yapıldığı gösterilmiştir. (Dinçgez ve ark., 2011).

Retrospektif olarak kayıtların taranması şeklinde planlanmış olan bu çalışma ile Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 5 yıllık süreçte (2012-2016) benign hastalıklar nedeniyle yapılan histerektomilerin sayısı, yaş grupları, cerrahi endikasyonları ve nihai patoloji sonuçlarının araştırılması ve bu materyallerin histopatolojik sonuçlarının uygunluğunun retrospektif olarak incelenmesi hedeflenmiştir. Bu çalışmamızda elde edilecek sonuçların önceki çalışmalarla paralellik gösterip göstermediğini ortaya koyması amaçlanmıştır. Ayrıca bu çalışmamızın bundan sonra Van ili için yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Terimler Sözlüğü

*Histere:* rahim (Yunanca)

*Ektome:* kesme (Yunanca) anlamına gelmektedir.

Tıbbi terminolojide kısaltmalardan: TAH (Total Abdominal Histerektomi) karın kısmından kesi yapmak suretiyle uterusun çıkarılmasını, BSO (Bilateral Salpingooferektomi) her iki overin birlikte alınmasını, USO (Unilateral Salpingooferektomi) tek taraflı olarak overlerden birinin alınmasını ifade eder. Subtotal Histerektomi ise serviks (rahim ağzı) kısmı çıkarılmadan, uterusun tamamının değil bir kısmının çıkarılması operasyonudur. Histerektomi ameliyatları hastanın yaşı ve hastalığının durumuna göre değişmekle birlikte TAH, TAH+USO, TAH+BSO veya Subtotal histerektomi şeklinde yapılır (Hoffman ve ark., 2015).

Genital kanserlerde, ameliyatta rahimle birlikte yumurtalıklar, omentum, lenf düğümlerinin de çıkarıldığı ve histerektominin daha da genişletilmiş hali olan Radikal histerektomi uygulanır (Hoffman ve ark., 2015).

Rahim alınmadan sadece rahim içindeki myom veya myomların alınması ameliyatına Myomektomi denir. Özellikle yaşı daha genç olan yada sadece bir myomu olan hastalarda histerektomi yerine myomektomi operasyonu yapılmaktadır (Hoffman ve ark., 2015).

### 2.2. Histerektomi ameliyatının yapıldığı durumlar?

#### 2.2.1. Myoma uteri

Histerektomi ameliyatının genellikle en sık nedeni uterusunda bulunan myomlardır. Kadınların yaklaşık % 20-25'inde myom görülmektedir. Büyüyen myomlar anormal kanamalar, pelvik ağrı, fazla miktarda ve sancılı adet döngüsü gibi şikayetlere sebep olur ve bu büyüyen myomlar ameliyat gerektirmektedir. Uterin myomlar uterus duvarından köken aldıklarından dolayı myoma uteri, uterin fibroid olarak da

adlandırılmaktadır. Ultrasonda myomların anormal görüntüsü ve hızlı bir şekilde büyümesi leiomyosarkom riskinden dolayı da en yaygın histerektomi endikasyonudur (Hoffman ve ark., 2015).

### **2.2.2. Endometrial polip**

Endometrium (döl yatağı), uterus iç duvarını öten ince tabakadır. Burada yer alan, bir veya daha çok sayıda olabilen, fazla adet kanaması, iki adet dönemi arasında lekeli adet kanamaları şeklinde belirtiler gösteren, iyi huylu et parçacıkları olan poliplerin görülmesiyle olur. Polipler cerrahi müdahale ile alınır ve bu işleme polipektomi denir. Genellikle vajinal yoldan, genel anestezi altında “Operatif Histeroskopi” ile alınabilmektedir (Hoffman ve ark., 2015).

### **2.2.3. Endometrial hiperplazi**

Endometrial hiperplazi, endometrial zar dokusunun normalden fazla kalınlaşması durumudur. Genellikle düzensiz adet kanamaları şeklinde belirtisi olur. Hasta şikayetlerinde iyileşme olmadığında, yapılan histerektomi nedenlerinden biridir. Ayrıca prekanseröz (kansere öncüsü) bir durumdur. Yani rahim kanserine dönüşebilme potansiyeli olabilen bir hastalıktır. Bu nedenle de hasta takibi ve tedavisi yapılmalıdır (Hoffman ve ark., 2015).

### **2.2.4. Anormal uterin kanamalar**

Adet kanamaları dışında ekstra kanama, düzenli adet döngüsüne sahip kadınlarda fazla miktarda kanama olması ya da adet düzeninin normalin dışında olması şeklinde belirtiler gösteren rahim kaynaklı kanamalardır. İlaç tedavisinden sonuç alınamadığında histerektomi ameliyatı yapılır (Hoffman ve ark., 2015).

### **2.2.5. Endometriyozis**

Kadınlarda görülen iyi huylu fakat çoğunlukla şiddetli adet ağrıları, kasık ağrıları, ilişki esnasında fazla ağrı olması, pıhtılı ve sıkıntılı geçen adet döngüsü şeklinde belirtileri olan ağrılı kronik bir hastalıktır. Öncelikle hastalara ilaç tedavisi



uygulanır. Sonuç alınmadığında histerektomi ameliyatı tercih edilir (Hoffman ve ark., 2015).

### **2.2.6. Prolapsus Uteri (Rahimin dışarı sarkması)**

Prolapsus uteri, rahimin olması gereken yerden daha aşağı sarkması durumudur. Uterusu normal pozisyonunda tutan bağların ve dokuların zayıflamasıyla oluşan kas zayıflığı, gebelik ve doğumun vücuda verdiği hasar, karın içi basıncın artması, bağ dokusu hastalıkları gibi nedenleri olan ve hastalarda idrar kaçırma, idrar yolunda yanma ve enfeksiyon, idrar tutamama şeklinde belirtileri olan bir hastalıktır. Genellikle vajinal histerektomi ile tedavi edilir (Hoffman ve ark., 2015).

### **2.2.7. Acil Histerektomi**

Acil histerektomi, özellikle doğumla ilgili komplikasyonlar sebebiyle uygulanan acil bir tedavi yöntemidir. Normal doğum ya da sezaryen sonrasında kontrol edilemeyen rahim kanaması (uterin atoni) şeklinde olan ve yaşamı tehdit eden kanamalardır. Anne için ölüm riski taşıdığından acil histerektomi yapılarak hasta hayatı kurtarılabilir (Hoffman ve ark., 2015).

### **2.2.8. Diğer Endikasyonlar**

Histerektomi ameliyatının diğer endikasyonları arasında, benign (iyi huylu) over tümörleri, tubovaryen abseler yada malign olarak (kötü huylu) rahim kanseri (Uterus Ca), rahim ağzı kanseri ve over kanseri gibi endikasyonlar bulunmaktadır (Hoffman ve ark., 2015).

## **2.3. Histerektomi Kararı Nasıl Verilir?**

Histerektomi kararı için önce hasta bilgilendirilir. Ameliyatın şekli, riskleri, iyileşme süreci hakkında bilgi verilir. Histerektomi ameliyatı, hastanın yaş faktörüne ve üreme dönemine göre değişmekle beraber, fiziksel ve ruhsal etkiler de meydana getirebilir. Bu etkiler kısa veya uzun süreli olabilir. Bu nedenle hasta iyice bilgilendirildikten sonra hasta ve doktorunun ortak görüşmesi sonucu ameliyat kararı

alınmalıdır. Ancak çok zor durumda kalındığında, hasta hayatı söz konusu olduğundan rahmin tümünün alınması gerekebilir (Hoffman ve ark., 2015).

## **2.4. Histerektomi Çeşitleri**

### **2.4.1.Total Abdominal Histerektomi (TAH)**

Histerektomi üç yolla uygulanabilir: Abdominal (karından), Laporaskopik ya da vajinal yoldan. Uygulanacak histerektomi yönteminin seçimi operasyona sebep olan hastalığa, hastanın yaşına, hastalığın yaygın olma durumuna, doktorun tecrübesi ve önerisine bağlı olarak değişir. Histerektomi operasyonlarının % 75'i abdominal yoldan yapılır. Bu tür operasyonlara “Total Abdominal Histerektomi” ismi verilmektedir. Bu yöntem aracılığıyla gerçekleştirilen histerektomi operasyonunda, uterusu ulaşmak için karnın alt bölgesinde ciltten başlayan bir kesi yapılır. Uterusun beslenmesini sağlayan damarlar ve uterusu tutan bağlar bulunarak özel aletler yardımıyla kesilir ve daha sonra özenli dikişler atılarak o bölge bağlanır. Bu işlemler sırasında rahim kısmına yakın olan mesane, üreter ve barsakların zarar görmemesi için dikkat edilir (Berek, 2017).

Uterus çıkarıldıktan sonra vajina kubbesi (vaginal cuff) kapatılır, kanama olup olmadığına bakılır ve batın temizliği yapıldıktan sonrası batın katları anatomiye uygun bir şekilde kapatılarak operasyon tamamlanmış olur (Berek, 2017).

### **2.4.2.Vajinal Histerektomi**

Vajinal histerektomi (VH), vajinal yoldan uterusun çıkarılması ameliyatıdır. Bu yöntemde hastanın karnında kesi olmaz, vajinanın üst kısmından küçük bir kesik açılarak rahim (uterus) ve rahim ağzı (serviks) alınır. Bu histerektomi yönteminde, uterusu tutan bağlar ve besleyen damarlar bulunur ve aletle serviks aşağıya doğru çekilerek bu yapılar kesilir ve uterusun dışarıya çıkarılması sağlanır. Daha sonra vajina kubbesindeki kesi usul ve anatomisine uygun bir şekilde kapatılarak operasyon tamamlanmış olur. Prolapsus uterus ya da ağır geçen adet dönemleri vajinal histerektominin en yaygın nedenlerindedir (Berek, 2017).

### **2.4.3.Laparoskopik Histerektomi**

Histerektomi ameliyatının, kısmen veya tamamen laparoskop aleti yardımıyla yapılmasıdır. Işıklı ve ince bir alet olan laparoskop aleti mercek sisteminden oluşur. Bu alet yardımıyla göbek deliği içerisinde 1 cm'lik, kasık bölgelerinden de 0,5 cm'lik kesiler yapılarak uterus çıkartılır. Bu yöntemin diğer histerektomi türlerine göre iyileşme süresi oldukça hızlı olmaktadır (Berek, 2017).

### **2.5. Subtotal Histerektomi**

Subtotal histerektomi, uterusun tamamının değil de bir kısmının çıkarılması ameliyatıdır. Rahim sarkmasını önlemek ve cinsel işlevlerin bozulmasını engellemek için rahim ağzı bırakılarak rahimin gövdesi overler ile birlikte alınır. Rahim damarları tutulup kesilir, daha sonra rahim gövdesi ile rahim ağzı arasındaki seviyeden bir kesi yapılır ve rahim çıkartılır (Berek, 2017).

### **2.6. Myomektomi**

Myomektomi, rahmin kas dokusundan köken alan myomların alınması ameliyatıdır. Rahmin alınmasını gerektirmeyen, sadece myomların çıkarılma operasyonudur (Berek, 2017).

Myomlar kadınlarda, rahim içerisindeki büyüklüklerine ve rahimde buldukları yere göre bir takım şikayetlere neden olurlar. Bunlar özellikle ağrılı, sancılı adet görme, düzensiz adet döngüleri, kısırlık, kasık ağrıları, hamilelikte erken doğum, düşük yapma gibi durumlardır. Önceden ultrason tetkiki ile saptanırlar. Daha sonra bir batın kesisi yapılarak myomlar cerrahi olarak alınır ve ardından tüm batın katları kapatılarak operasyon tamamlanır. Bu operasyon çeşidi daha çok genç yaşta kadınlar ile daha sonra gebelik düşünen kadınlarda uygulanır (Berek, 2017).

### **2.7. Histerektomi Ameliyatı Nasıl Yapılır?**

Histerektomi ameliyatında, batında uzunluğu en fazla 6-8 cm olacak şekilde bir kesi açılır. Bu kesi açılırken rahimi tutan bağlar dikkatli tutulup, kesilir ve bağlanır ve ardından rahim vücut dışına çıkarılmış olur. Batın katları uygun bir şekilde kapatılarak

ameliyat işlemi tamamlanmış olur. Ortalama 1-1.5 saat süren bu operasyon 2 anestezi yöntemi uygulanarak gerçekleştirilebilir: Belden uyuşturularak (epidural anestezi) ya da hasta uyutularak (genel anestezi) (Berek, 2017).

## **2.8. Operasyon Sonrası Hasta Bakımı Nasıl Olmalıdır ve Hastalar Nelere Dikkat Etmelidir?**

- Ameliyat günü hastanın ağızdan besin alması yasaktır. Bağırsak hareketlerinin düzelmesiyle daha çok sıvı gıdalar alınır. Daha sonraki zamanlarda iyileşme sürecine göre katı besinlere geçilir.
- Genellikle ameliyat sonrası, idrar torbası 18-24 saat takılı bırakılır çünkü idrar kesesinin travmatize olması sebebiyle hastanın idrarını yapması zorlaşır.
- Operasyon sonrası, bağırsak hareketlerini arttırmak için ve tromboemboli (pıhtı atması), damar tıkanıklığı ya da atelettazi gibi akciğerlerle ilgili riskleri azaltmak için hasta erkenden ayağa kaldırılmalıdır.
- Hastalar ameliyattan sonra 6 hafta boyunca dikişlerin iyileşmesi için ağır kaldırmamalıdır.
- Ameliyattan sonraki 6 hafta boyunca cinsel ilişki önerilmemektedir.
- Ameliyat sonrası özellikle ilk iki hafta yorucu, ağır aktivitelerden kaçınılmalıdır.
- Düzenli bir beslenme programı uygulanmalı, alınan gıdalara dikkat edilmeli, özellikle posalı ve sıvıdan zengin gıdalarla beslenilmelidir.
- Hasta idrar ve gaita yaparken şiddetli ıkınmadan kaçınılmalıdır.
- Hasta ateş, ağrı ya da vajinal kanama durumlarını yaşarsa doktoruna haber vermelidir (Berek, 2017).

## **2.9. Histerektomi Ameliyatının Komplikasyonları Neler Olabilir?**

Yapılan histerektomi türü hangisi olursa olsun, ameliyat sonrası bir takım komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bunlar:

- Kan transfüzyonu gerektirecek kadar kanamanın olması

- Yara kısmının onarımı ya da meydana gelen kanamanın kontrol altına alınması için yeni bir operasyon ihtiyacı
- Mesane, üreter veya bağırsak kısımlarının zarar görmesi
- Akciğerlerde veya bacakta kan pıhtılaşması (tromboz) riski
- Pelviste kan toplanması (hematom) ve enfeksiyon riski

Histerektomi yapılmadan önce hasta bu riskler konusunda bilgilendirilmelidir. Ancak bu tür komplikasyonlar genelde nadir olarak görülür (Berek, 2017).



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamıza 2012-2016 yılları arasında histerektomi yapılan ve patoloji sonuçlarına ulaşılabilen hastalar dahil edildi. Çalışmamız tek merkezli, retrospektif olarak 5 yıllık süreyi kapsayacak şekilde planlandı. Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulunun 14/10/17 tarih 2017/10 nolu izni (bkz. Ek 1) ile çalışmaya başlandı.

Histerektomi için Kadın Doğum Kliniğindeki rutin uygulama şu şekildedir:

- a) Medikal tedavi ile sonuç tedavi olanağı bulmayan hastalar
- b) Organik bir patoloji saptanmış ve cerrahi endike hastalar
- c) Anormal uterin kanama tarif eden ve endometrial örnekleme ile premalign lezyon tanısı almış olan hastalar,

cerrahi olarak operasyona hazırlanmaktadır. Operasyon sonrası hasta örnekleri patolojiye gönderilmektedir. Patoloji raporunun düzenlenmesini takiben hasta poliklinikte kontrole çağrılmaktadır. Bu 5 yıllık süreçte benign endikasyonlarla yapılmış toplam 227 histerektomi vakası, operasyon endikasyonları ve operasyon sonrası piyeslerin histopatolojik sonuçları retrospektif olarak değerlendirilip incelendi.

#### 3.1. İstatistiksel Analiz

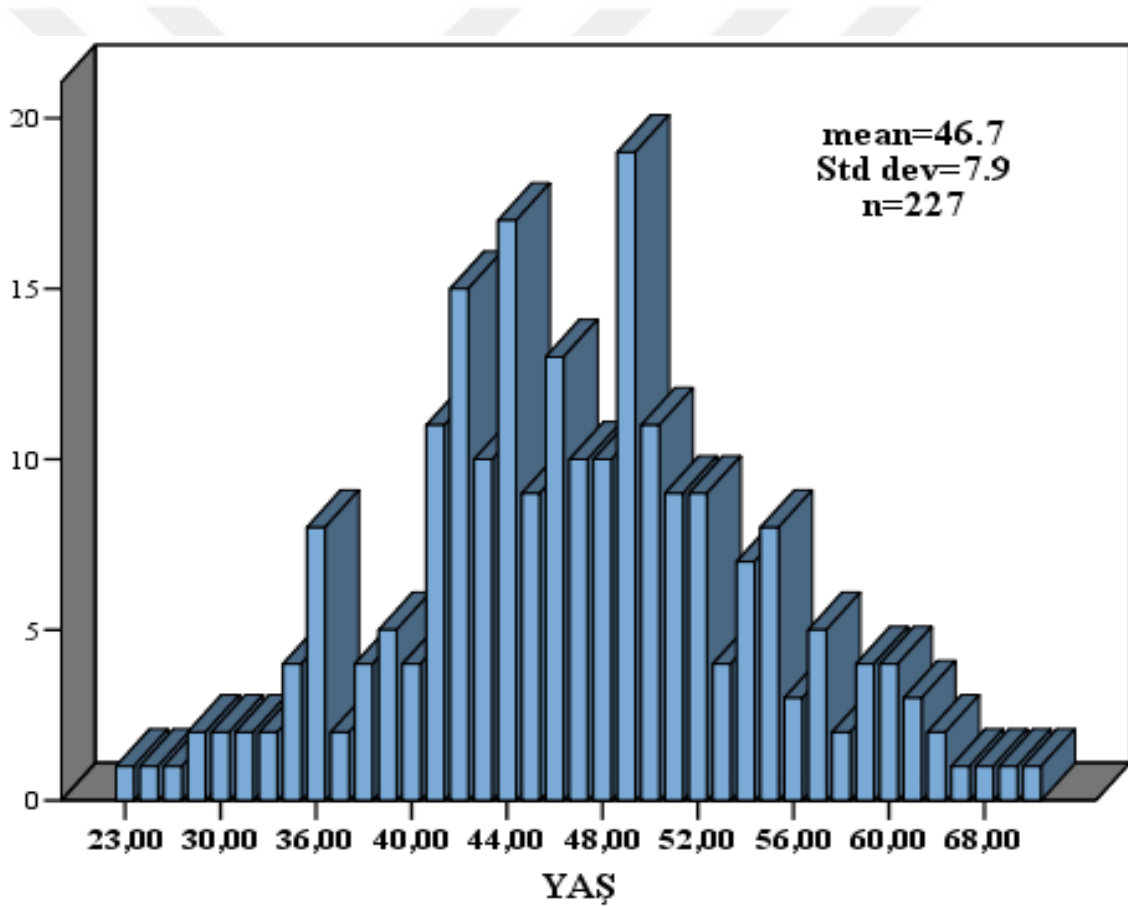
Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 15 paket programı (SPSS Inc., Chicago, IL) kullanıldı. Değişkenlerin dağılım formlarının belirlenmesi için Shapiro-Wilk testi yapıldı. Verilerin özetlenmesinde ortalama $\pm$ SD ve median (minimum-maksimum) değerler verildi.

## 4. BULGULAR

Çalışmada 2012-2016 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde histerektomi yapılan ve histopatoloji sonucunda benign lezyonlar saptanan toplam 227 olgunun dosya kayıtları retrospektif olarak incelendi.

### 4.1. Tüm Yaş Grupları İçin Genel Değerlendirme

Olguların yaşları ortalama  $46.7 \pm 7.9$  yıl, median 47 (minimum 23-maksimum 70) yıldır. Histerektomi yapılan olguların yaş dağılımları Şekil 1'de gösterilmiştir.

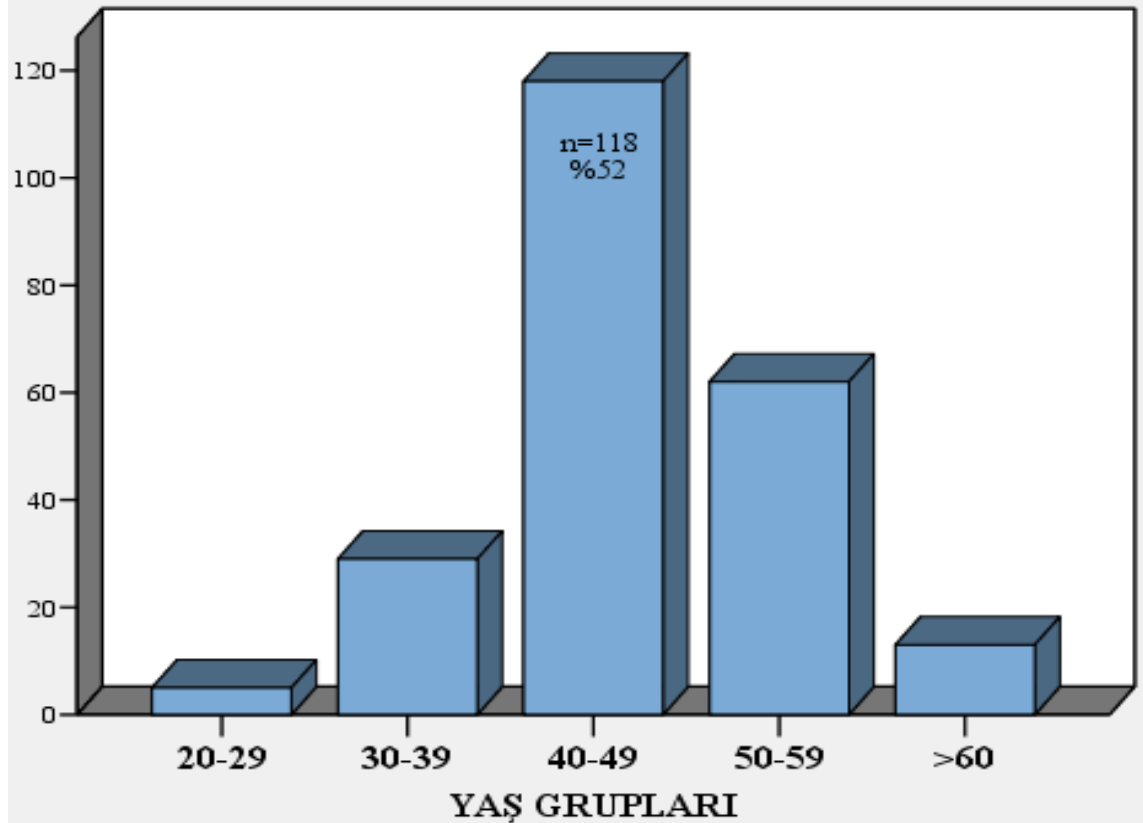


Şekil 1. Histerektomi yapılan olguların yaş dağılımı

Histerektomi yapılan olgular yaşlarına göre sınıflandırıldığında beş olgu (%2.2) 20-29 yaş, 29'u (%12.8) 30-39 yaş, 118'i (%52) 40-49 yaş, 62'si (%27.3) 50-59 yaş, 13'ü (%5.7) >60 yaşa aittir (Tablo 1). Histerektomi yapılma sıklığı en fazla dördüncü dekada (40-49 yaş aralığı) aittir (Şekil 2).

**Tablo 1.**Histerektomi yapılan olguların dekadlara göre dağılımı

YAŞ ARALIĞI (n=227)	N	%
20-29 yaş	5	%2.2
30-39 yaş	29	%12.8
40-49 yaş	118	%52
50-59 yaş	62	%27.3
>60 yaş	13	%5.7



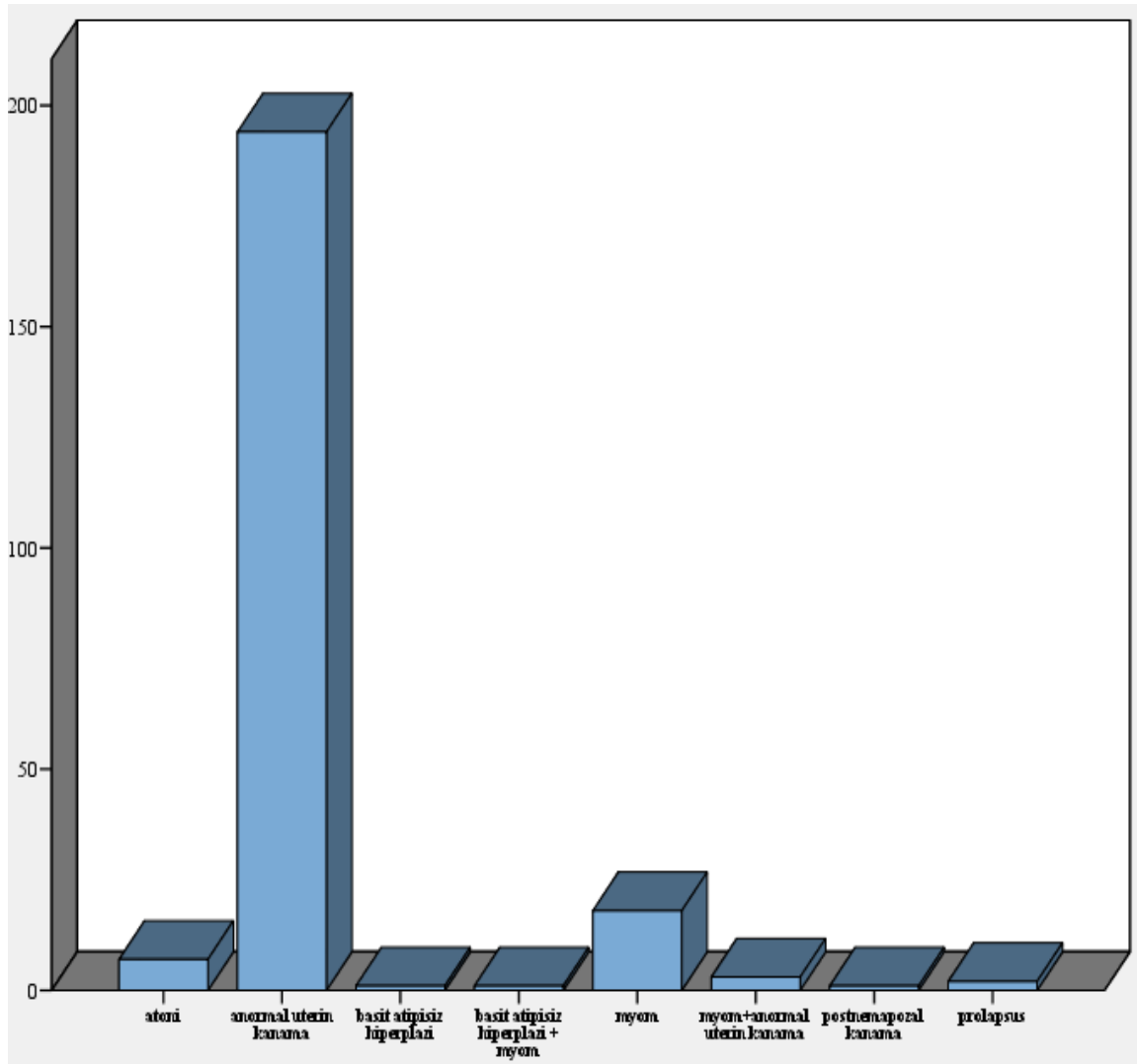
**Şekil 2.** Histerektomi yapılan olguların dekadlara göre dağılımı

Histerektomi yapılan olgular histerektomi nedenleri açısından değerlendirildiğinde en sık neden anormal uterin kanamayı (n=194, %85.5). Sıklık sırasına göre diğer nedenler myom (n=18, %7.9), atoni (n=7, %3.1), myom + anormal uterin kanama (n=3, %1.3), prolapsus (n=2, %0.9), postmenapozal kanama (n=1, %0.4), basit atipisiz hiperplazi (n=1, %0.4), basit atipisiz hiperplazi + myomdu (n=1, %0.4) (Tablo 2, Şekil 3).



**Tablo 2.** Histerektomi nedenleri

<b>HİSTEREKTOMİ NEDENİ (n=227)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Anormal uterin kanama	194	%85.5
Myom	18	%7.9
Atoni	7	%3.1
Myom + anormal uterin kanama	3	%1.3
Prolapsus	2	%0.9
Postmenapozal kanama	1	%0.4
Basit atipisiz hiperplazi	1	%0.4
Basit atipisiz hiperplazi + myom	1	%0.4



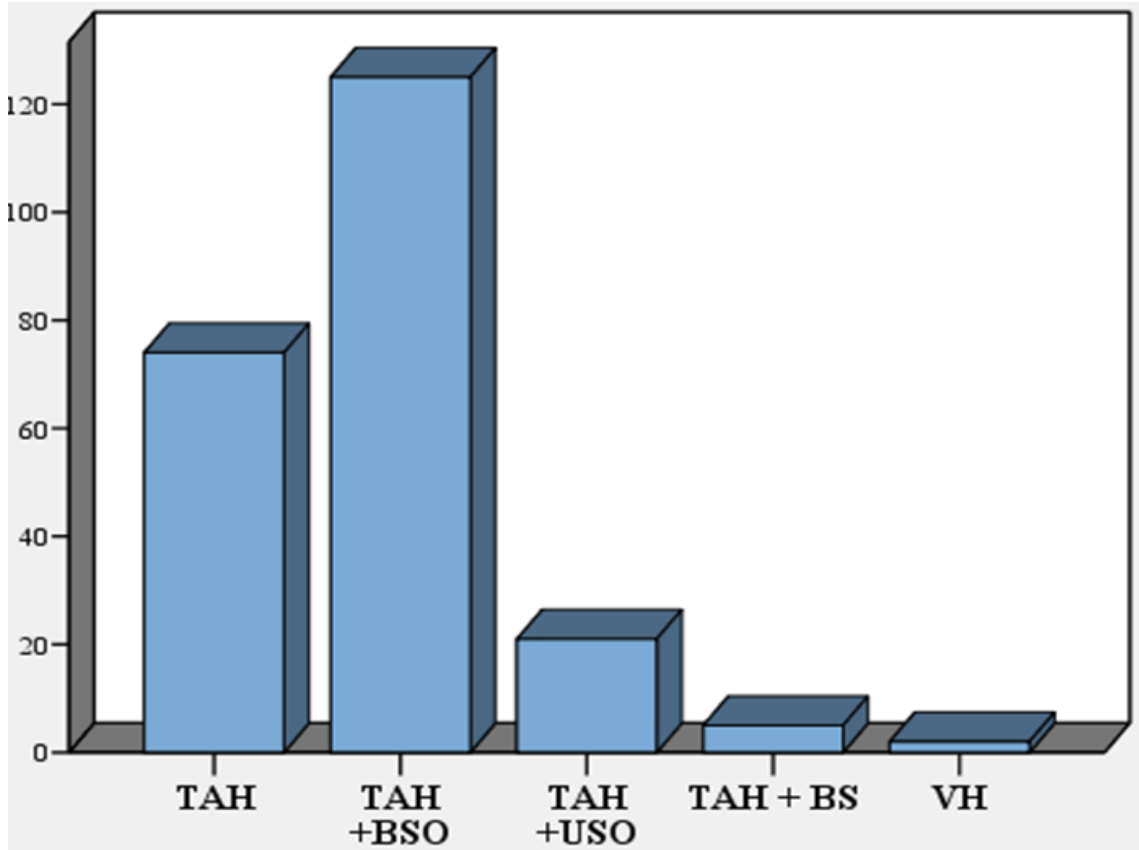
**Şekil 3.** Histerektomi nedenleri

Olguların 225'ine (%99.1) cerrahi işlem abdominal yolla uygulanırken sadece iki olguda (%0.9) vajinal yol ile cerrahi işlem uygulanmıştı. Olgular histerektomi türüne göre değerlendirildiğinde en sık yapılan cerrahi işlem TAH+BSO' dur (n=125, %55.1).

Sıklık sırasına göre diğer yapılan cerrahi işlemler TAH (n=74, %32.6), TAH+USO (n=21, %9.3), TAH+BS (n=5, %2.2), VH (n=2, %0.9) idi (Tablo 3, Şekil 4).

**Tablo 3.** Olgularda uygulanan cerrahi işlemler

<b>CERRAHİ İŞLEM (n=227)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
TAH+BSO	125	%55.1
TAH	74	%32.6
TAH+USO	21	%9.3
TAH+BS	5	%2.2
VH	2	%0.9

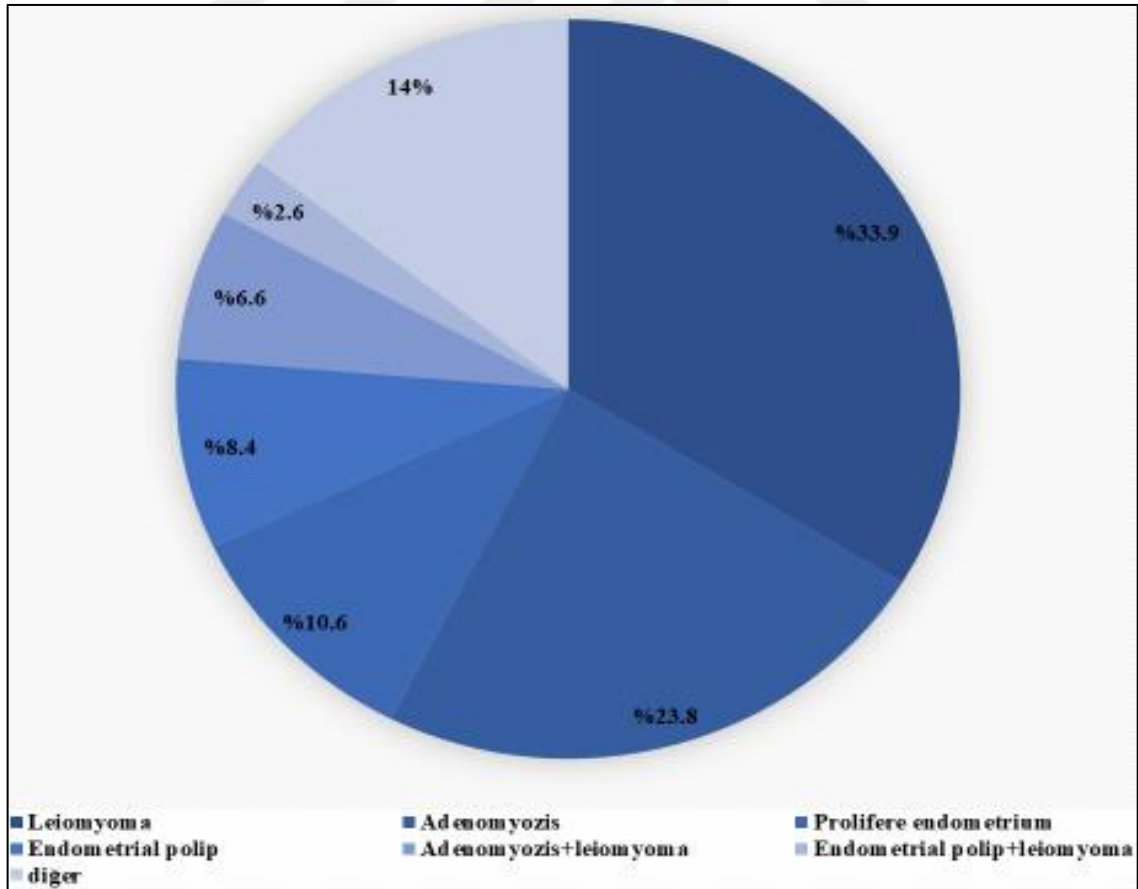


**Şekil 4.** Olgularda uygulanan cerrahi işlemler

Histerektomi yapılan olgularda saptanan en sık histopatolojik sonuç leiomyomaydı (n=77, %33.9). Olguların histopatolojik sonuçları Tablo 4 ve Şekil 5'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.** Olguların histopatolojik sonuçları

<b>HİSTOPATOLOJİ SONUÇLARI (n=227)</b>	n	%
Leiomyoma	77	%33.9
Adenomyozis	54	%23.8
Prolifere Endometrium	24	%10.6
Endometrial Polip	19	%8.4
Adenomyozis+Leiomyoma	15	%6.6
Endometrial Polip+Leiomyoma	6	%2.6
Atrofik Endometrium	5	%2.2
Endometrial Hiperplazi	5	%2.2
Endometrial Polip+Adenomyozis+Leiomyoma	4	%1.8
Endometrial Hiperplazi+Adenomyozis	3	%1.3
Sekretuar Endometrium	3	%1.3
Glandüler Hiperplazi	2	%0.9
İnaktif Endometrium	2	%0.9
Adenomyozis+Endometrial Polip	2	%0.9
Endometrial Polip+Endometrial Hiperplazi	2	%0.9
Basit Atipisiz Hiperplazi	1	%0.4
Adenomyozis+Glandüler Hiperplazi	1	%0.4
Leiomyoma+Prolifere Endometrium	1	%0.4
Adenomyozis +Endometrial hiperplazi+Leiomyom	1	%0.4

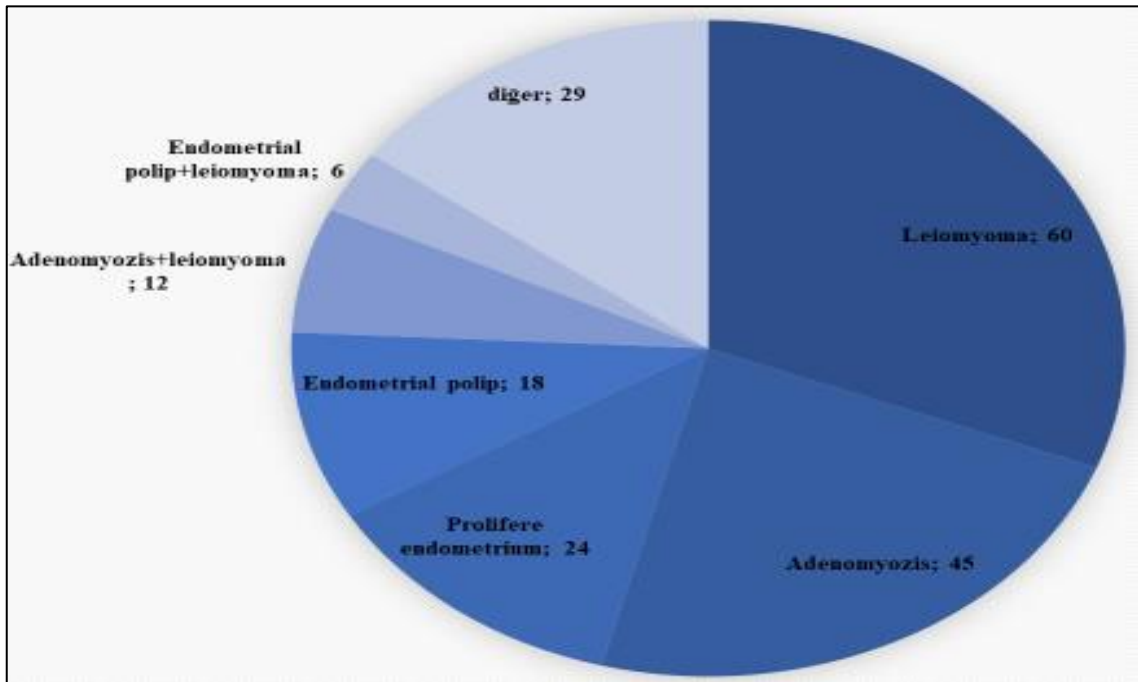


**Şekil 5.** Histopatolojik sonuçların dağılımı

Olguların cerrahi yapıma endikasyonlarına göre histopatolojik sonuçları değerlendirildiğinde; anormal uterin kanaması olan olgularda (n=194) en sık saptanan histopatolojik bulgular leiomyoma (n=60, %30.9), adenomyozis (n=45, %23.2) ve proliferen endometrium (n=24, %12.4) idi. Anormal uterin kanamalı olguların histopatolojik bulguları Tablo 5 ve Şekil 6’da gösterilmiştir.

**Tablo 5.** Anormal uterin kanaması olan olguların histopatolojik sonuçları

<b>HİSTOPATOLOJİ SONUÇLARI (n=194)</b>	n	%
Leiomyoma	60	%30.9
Adenomyozis	45	%23.2
Prolifere Endometrium	24	%10.6
Endometrial Polip	18	%9.3
Adenomyozis+Leiomyoma	12	%6.2
Endometrial Polip+Leiomyoma	6	%3.1
Endometrial Hiperplazi	5	%2.6
Atrofik Endometrium	4	%2.1
Endometrial Polip+Adenomyozis+Leiomyoma	4	%2.1
Adenomyozis+Endometrial Polip	2	%1
Endometrial Hiperplazi+Adenomyozis	2	%1
Endometrial Polip+Endometrial Hiperplazi	2	%1
Glandüler Hiperplazi	2	%1
İnaktif Endometrium	2	%1
Sekretuar Endometrium	2	%1
Basit Atipisiz Hiperplazi	1	%0.5
Adenomyozis +Endometrial Hiperplazi+Leiomyom	1	%0.5
Adenomyozis+Glandüler Hiperplazi	1	%0.5
Leiomyoma+Prolifere Endometrium	1	%0.5

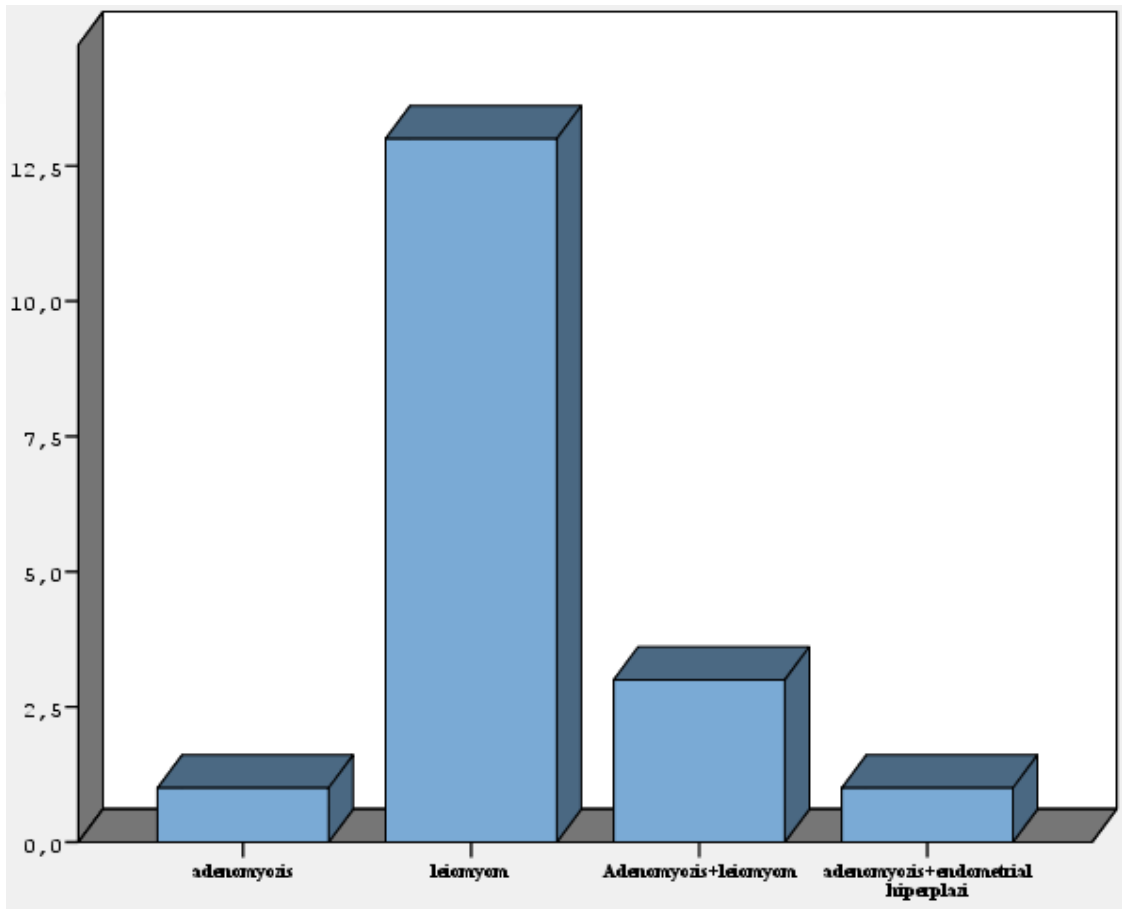


**Şekil 6.** Anormal uterin kanamalı olguların histopatolojik sonuçlarının dağılımı

Myomlu olgularda (n=18) saptanan histopatolojik bulgular leiomyoma (n=13, %72.2), adenomyozis+leiomyom (n=3, %16.7), adenomyozis (n=1, %5.6) ve adenomyozis+ endometrial hiperplazi (n=1, %5.6) idi (Tablo 6, Şekil 7).

**Tablo 6.** Myomlu olguların histopatolojik sonuçları

<b>HİSTOPATOLOJİ SONUÇLARI (n=18)</b>	n	%
Leiomyoma	13	%72.2
Adenomyozis+Leiomyoma	3	%16.7
Adenomyozis	1	%5.6
Endometrial Hiperplazi+Adenomyozis	1	%5.6



**Şekil 7.** Myomlu olguların histopatolojik sonuçlarının dağılımı

Atonili olgular (n=7) histopatolojik bulgular açısından değerlendirildiğinde tamamında adenomyozis (n=7, %100) saptandı.

Myom + anormal uterin kanama nedeniyle histerektomi yapılan üç olgunun tamamında leiomyoma saptandı (n=3, %100).

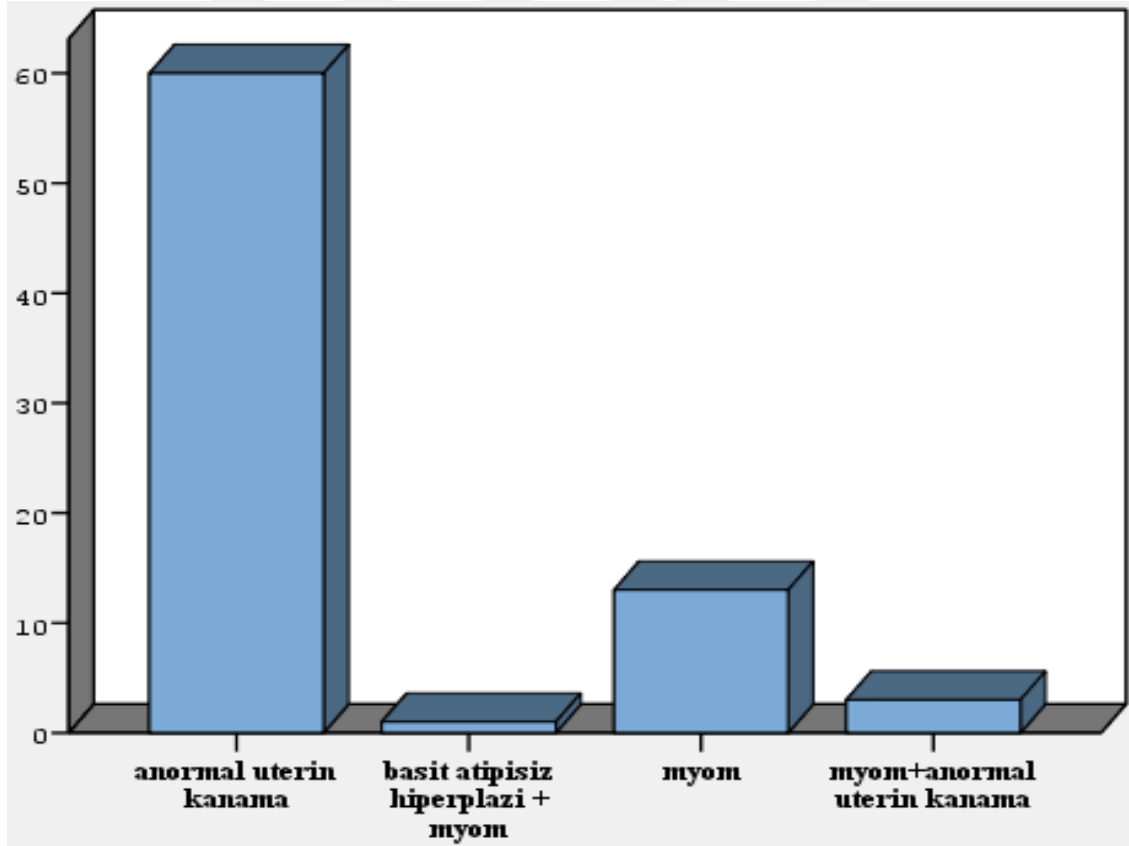
Prolapsus nedeniyle vajinal histerektomi yapılan iki olgunun birinde atrofik endometrium, diğesinde ise endometrial polip görüldü.

Basit atipisiz hiperplazi (n=1) nedeniyle histerektomi yapılan olguda histopatolojik olarak sekretuvar endometrium, basit atipisiz hiperplazi+myomlu olguda (n=1) leiomyom, postmenapozal kanamalı olguda ise (n=1) adenomyozis saptandı.

En sık saptanan histopatolojik bulgu olan leiomyoma, cerrahi endikasyonları açısından değerlendirildiğinde en sık anormal uterin kanama nedeniyle cerrahi işlem uygulandığı görüldü (n=60, %77.9) (Tablo 7, Şekil 8).

**Tablo 7.** Leiomyomalı olguların cerrahi endikasyonları

<b>ENDİKASYONLAR (n=77)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Anormal uterin kanama	60	%77.9
Myom	13	%16.9
Myom+anormaluterin kanama	3	%3.9
Basit atipisiz hiperplazi+myom	1	%1.3

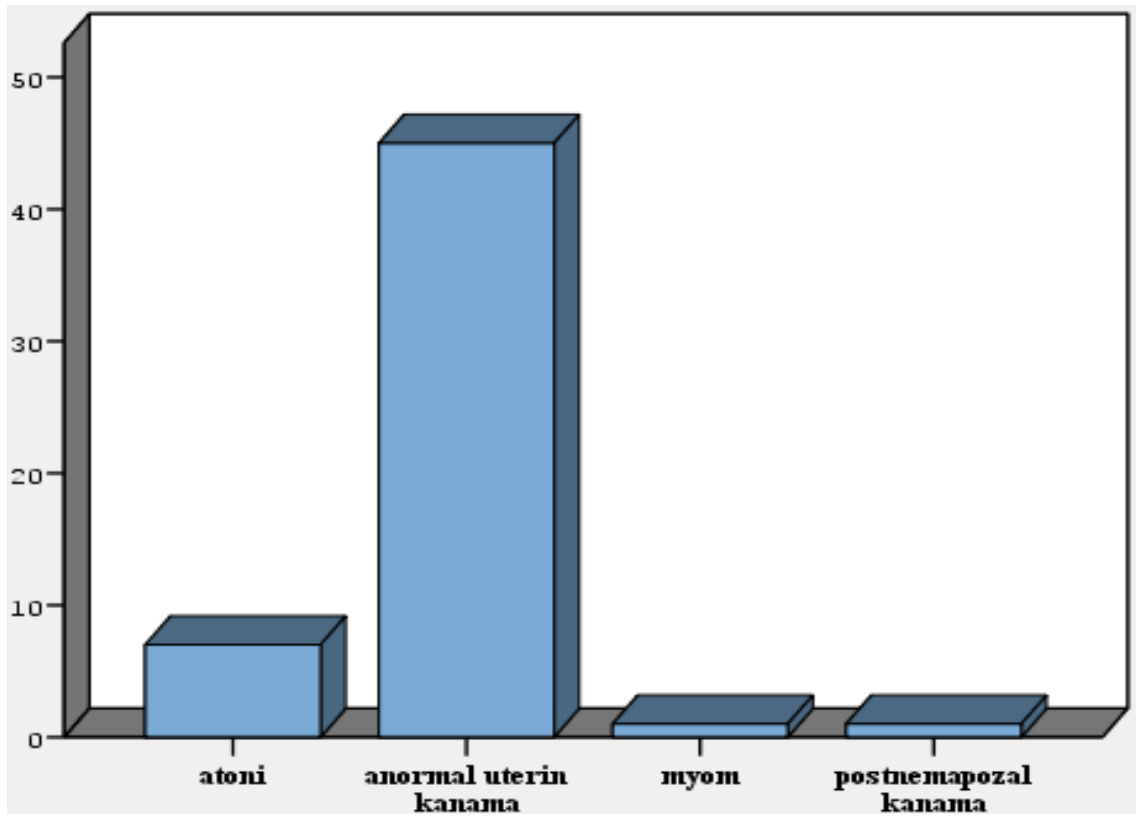


**Şekil 8.** Leiomyomalı olguların cerrahi endikasyonlarının dağılımı

İkinci en sık saptanan histopatolojik bulgu olan adenomyozis (n=54), cerrahi endikasyonları açısından değerlendirildiğinde yine en sık anormal uterin kanama nedeniyle cerrahi işlem uygulandığı görüldü (n=45, %83.3) (Tablo 8, Şekil 9).

**Tablo 8.** Adenomyozisli olguların cerrahi endikasyonları

<b>ENDİKASYONLAR (n=54)</b>	n	%
Anormal uterin kanama	45	%83.3
Atoni	7	%13
Myom	1	%1.9
Postmenapozal kanama	1	%1.9



**Şekil 9.** Adenomyozisli olguların cerrahi endikasyonlarının dağılımı

#### 4.2. 20-29 Yaş Aralığındaki Olguların Değerlendirilmesi

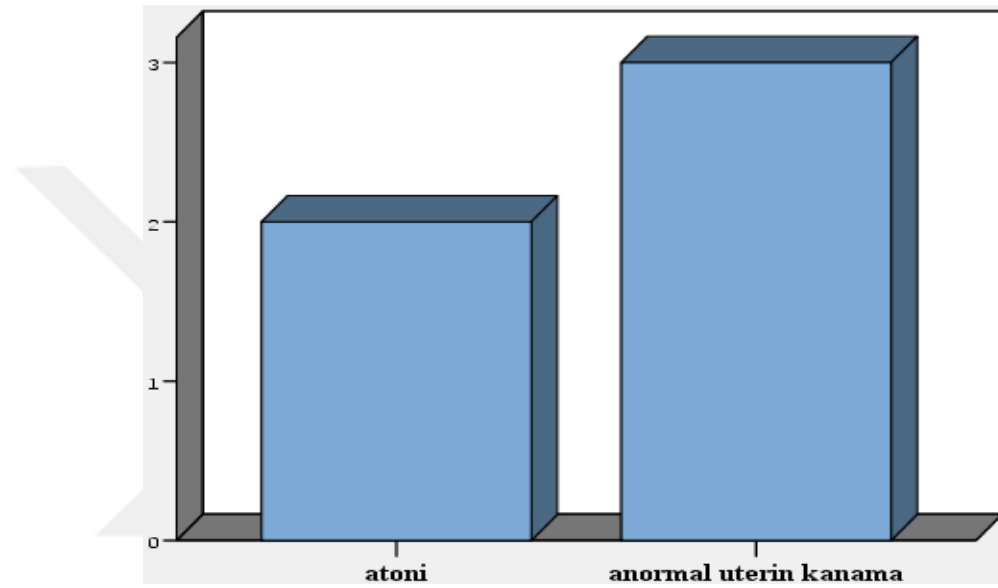
İkinci dekaddaki olgu sayısı beştir.

Bu yaş aralığındaki olguların ortalama yaşları  $25.4 \pm 1.8$  yıl, median 26 (minimum 23-maksimum 27) yıldır.

Histerektomi yapılan olgular histerektomi nedenleri açısından değerlendirildiğinde en sık neden anormal uterin kanamayı (n=3, %60). Diğer neden ise atoniydi (n=2, %40) idi (Tablo 9, Şekil 10).

**Tablo 9.** İkinci dekaddaki olguların histerektomi nedenleri

<b>HİSTEREKTOMİ NEDENİ (n=5)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Anormal uterin kanama	3	%60
Atoni	2	%40



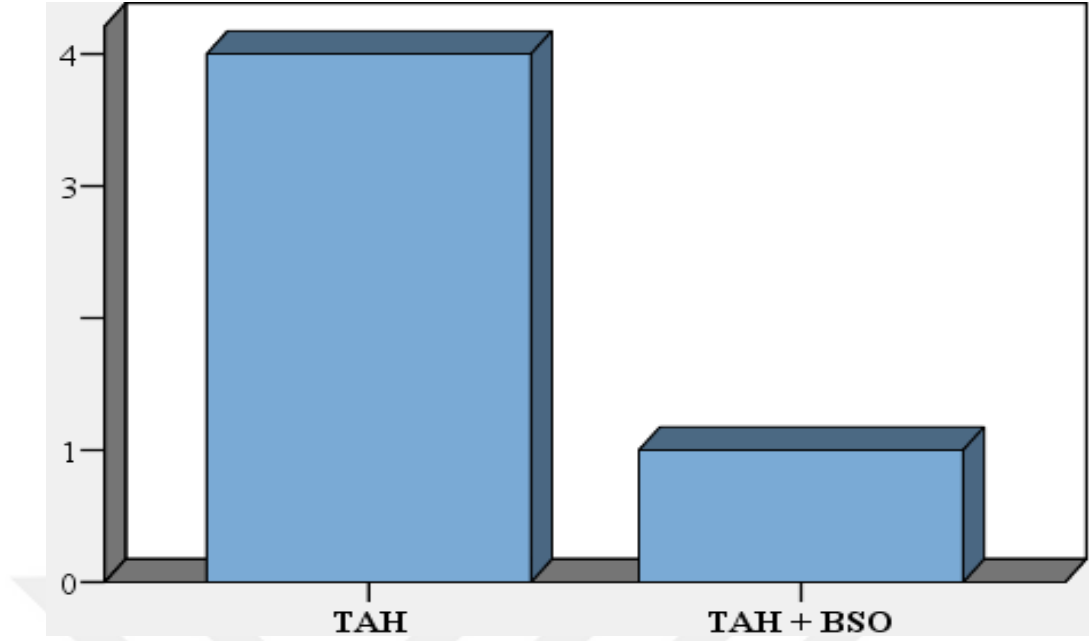
**Şekil 10.** İkinci dekaddaki olguların histerektomi nedenleri

Olgular histerektomi türüne göre değerlendirildiğinde en sık yapılan cerrahi işlem TAH işlemiydi (n=4, %80), bu olguların ikisine atoni, ikisine ise anormal uterin kanama nedeniyle cerrahi işlem uygulanmıştı. Bir olguya ise (%20) TAH+BSO uygulanmış, bu olgu anormal uterin kanama sebebiyle cerrahiye alınmıştı (Tablo 10, Şekil 11).

**Tablo 10.** İkinci dekaddaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler

<b>CERRAHİ İŞLEM (n=5)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
TAH	4	%80
TAH+BSO	1	%20





**Şekil 11.** İkinci dekaddaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler

Histerektomi yapılan olgular değerlendirildiğinde tamamında histopatolojik sonucun adenomyozis olduğu görüldü (n=5, %100).

#### 4.3. 30-39 Yaş Aralığındaki Olguların Değerlendirilmesi

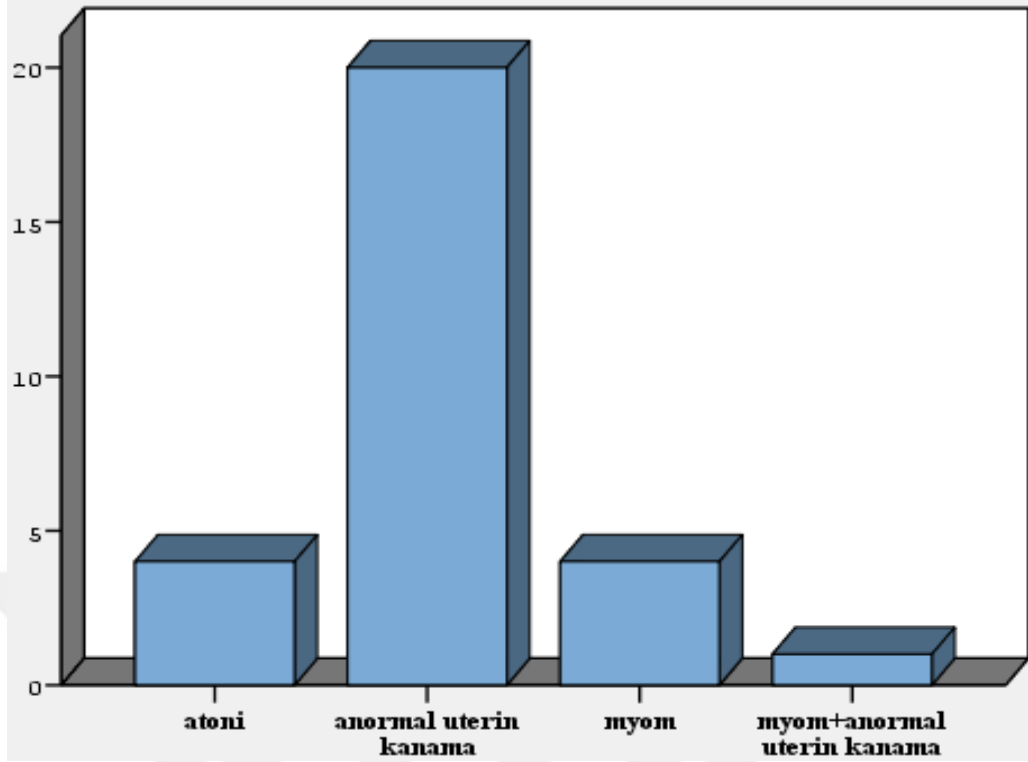
Üçüncü dekaddaki olgu sayısı 29'dur.

Bu yaş aralığındaki olguların ortalama yaşları  $35.8 \pm 2.6$  yıl, median 36 (minimum 30-maksimum 39) yıldır.

Histerektomi yapılan olgular histerektomi nedenleri açısından değerlendirildiğinde en sık neden anormal uterin kanamayı (n=20, %69). Diğer nedenler sıklık sırasına göre atoni (n=4, %13.8), myom (n=4, %13.8), myom+anormal uterin kanamayı (n=1, %3.4). (Tablo 11, Şekil 12).

**Tablo 11.** Üçüncü dekaddaki olguların histerektomi nedenleri

HİSTEREKTOMİ NEDENİ (n=29)	N	%
Anormal uterin kanama	20	%69
Atoni	4	%13.8
Myom	4	%13.8
Myom +anormal uterin kanama	1	%3.4

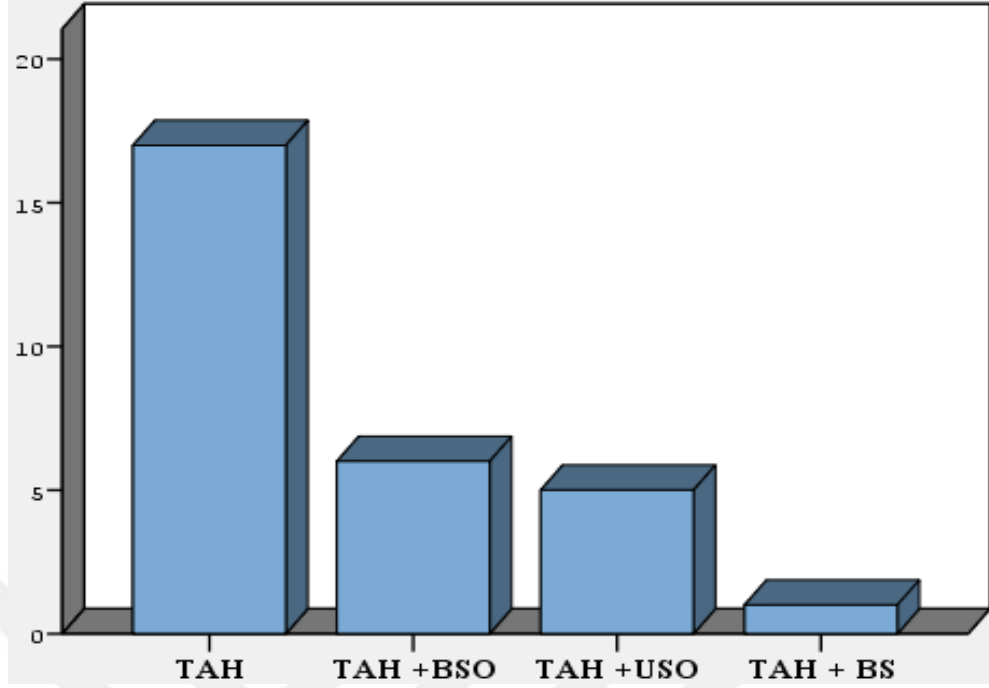


**Şekil 12.** Üçüncü dekaddaki olguların histerektomi nedenleri

Olgular histerektomi türüne göre değerlendirildiğinde en sık yapılan cerrahi işlem TAH işlemiydi (n=17, %58.6). Diğer cerrahi işlemler sıklık sırasına göre TAH+BSO (n=6, %20.7), TAH+USO (n=5, %17.2) ve TAH+BS (n=1, %3.4) işlemleriydi (Tablo 12, Şekil 13).

**Tablo 12.** Üçüncü dekaddaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler

<b>CERRAHİ İŞLEM (n=29)</b>	n	%
TAH	17	%58.6
TAH+BSO	6	%20.7
TAH+USO	5	%17.2
TAH+BS	1	%3.4

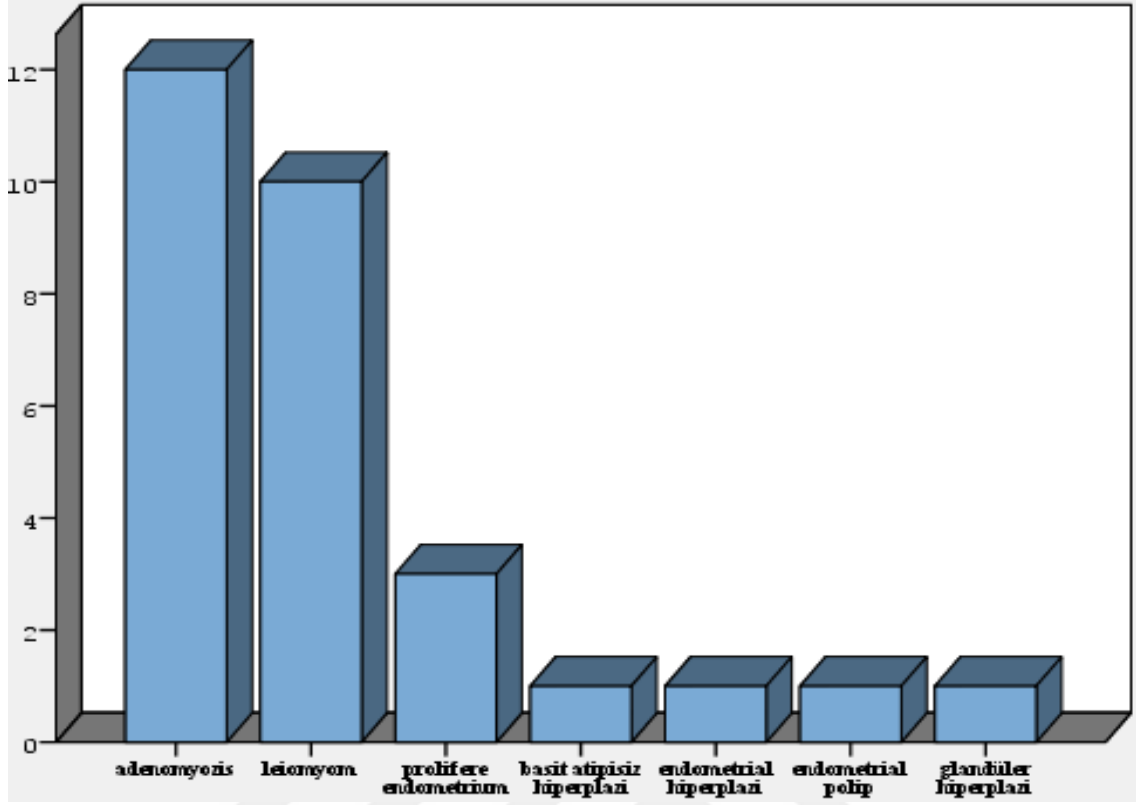


**Şekil 13.** Üçüncü dekaddaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler

Üçüncü dekaddaki olguların histopatolojik tanıları değerlendirildiğinde sırasıyla olguların 12'sinde (%41.4) adenomyozis, 10'unda (%34.5) leiomyoma, üçünde (%10.3) proliferen endometrium, birinde (%3.4) glandüler hiperplazi, birinde (%3.4) basit atipisiz hiperplazi, birinde (%3.4) endometrial polip, birinde (%3.4) endometrial hiperplazi saptandı (Tablo 13, Şekil 14).

**Tablo 13.** Üçüncü dekaddaki olguların histopatolojik sonuçları

<b>HİSTOPATOLOJİ SONUÇLARI (n=29)</b>	n	%
Adenomyozis	12	%41.4
Leiomyoma	10	%34.5
Prolifere Endometrium	3	%10.3
Glandüler Hiperplazi	1	%3.4
Endometrial Polip	1	%3.4
Basit Atipisiz Hiperplazi	1	%3.4
Endometrial Hiperplazi	1	%3.4



**Şekil 14.** Üçüncü dekaddaki olguların histopatolojik sonuçları

Üçüncü dekaddaki tüm olguların cerrahi endikasyonlarına göre histopatolojik tanılarının sıklığı değerlendirildiğinde tüm endikasyonlardaki histopatolojik sonuçların sıklığı istatistiksel olarak benzer bulundu ( $p=0.546$ ). Olguların cerrahi endikasyonlarına göre histopatolojik tanılarının sıklığı Tablo 14’te gösterilmiştir.

**Tablo 14.** Üçüncü dekaddaki olguların cerrahi endikasyonlarına göre histopatolojik sonuçların sıklığı

HİSTOPATOLOJİ	CERRAHİ ENDİKASYONLARI				Total	p
	Atoni	Anormal uterin kanama	Myom	Myom +anormal uterin kanama		
Adenomyozis	n %	4 %33.3	8 %66.7	0 %0	0 %0	12 %100
Leiomyom	n %	0 %0	5 %50	4 %40	1 %10	10 %100
Prolifere endometrium	n %	0 %0	3 %100	0 %0	0 %0	3 %100
Basit atipisiz hiperplazi	n %	0 %0	1 %100	0 %0	0 %0	1 %100
Endometrial hiperplazi	n %	0 %0	1 %100	0 %0	0 %0	1 %100
Endometrial polip	n %	0 %0	1 %100	0 %0	0 %0	1 %100
Glandüler hiperplazi	n %	0 %0	1 %100	0 %0	0 %0	1 %100
Total	n %	4 %13.8	20 %69	4 %13.8	1 %3.4	29 %100

0.546

#### 4.4. 40-49 yaş aralığındaki olguların değerlendirilmesi

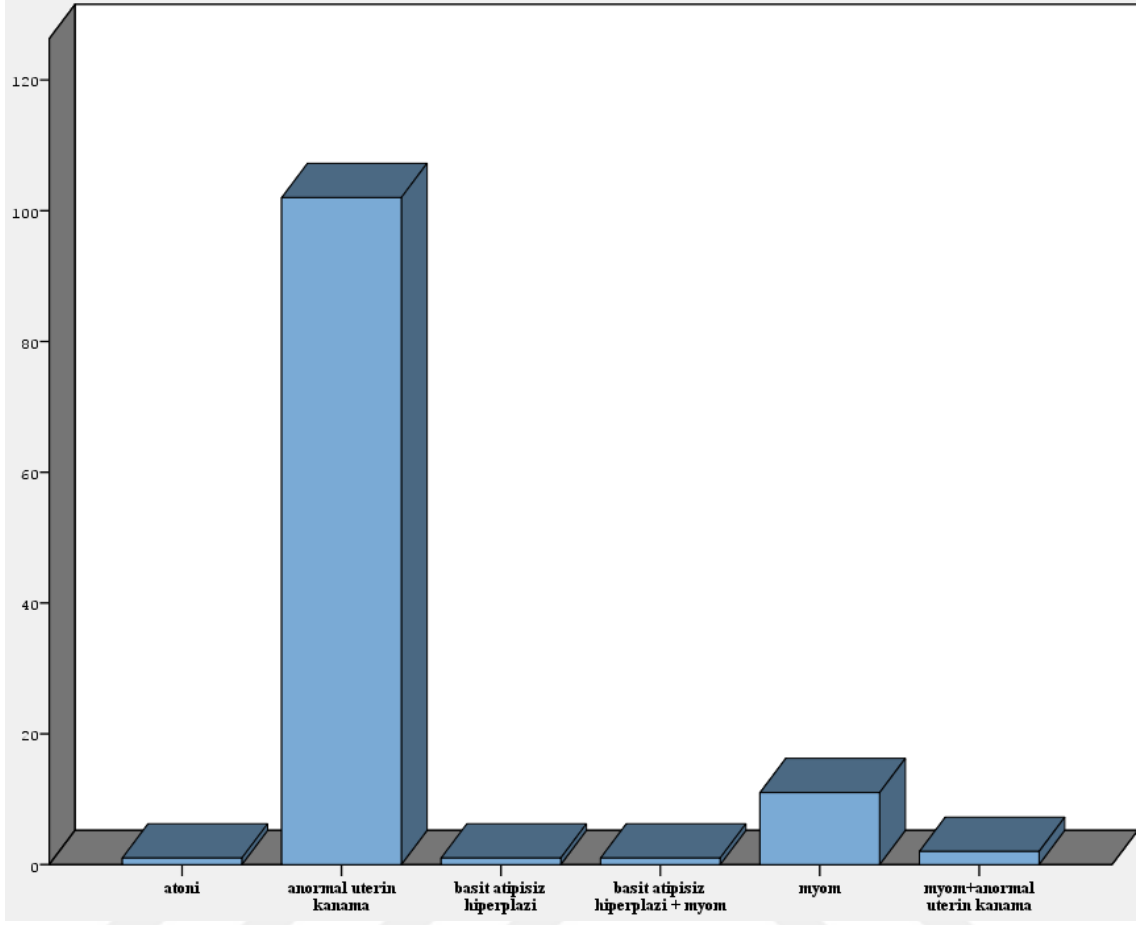
Dördüncü dekaddaki olgu sayısı 118'dir.

Bu yaş aralığındaki olguların ortalama yaşları  $44.9 \pm 2.7$  yıl, median45 (minimum 40-maksimum 49) yıldır.

Histerektomi yapılan olgular histerektomi nedenleri açısından değerlendirildiğinde en sık neden anormal uterin kanamayı ( $n=102$ , %86.4). Diğer nedenler sıklık sırasına göre myom ( $n=11$ , %9.3), myom+anormal uterin kanama ( $n=2$ , %1.7), atoni ( $n=1$ , %0.8), basit atipisiz hiperplazi ( $n=1$ , %0.8) ve basit atipisiz hiperplazi+myomdu ( $n=1$ , %0.8) (Tablo 15, Şekil 15).

**Tablo 15.** Dördüncü dekaddaki olguların histerektomi nedenleri

HİSTEREKTOMİ NEDENİ (n=118)	n	%
Anormal uterin kanama	102	%86.4
Myom	11	%9.3
Myom +anormal uterin kanama	2	%1.7
Atoni	1	%0.8
Basit atipisiz hiperplazi	1	%0.8
Basit atipisiz hiperplazi+myom	1	%0.8

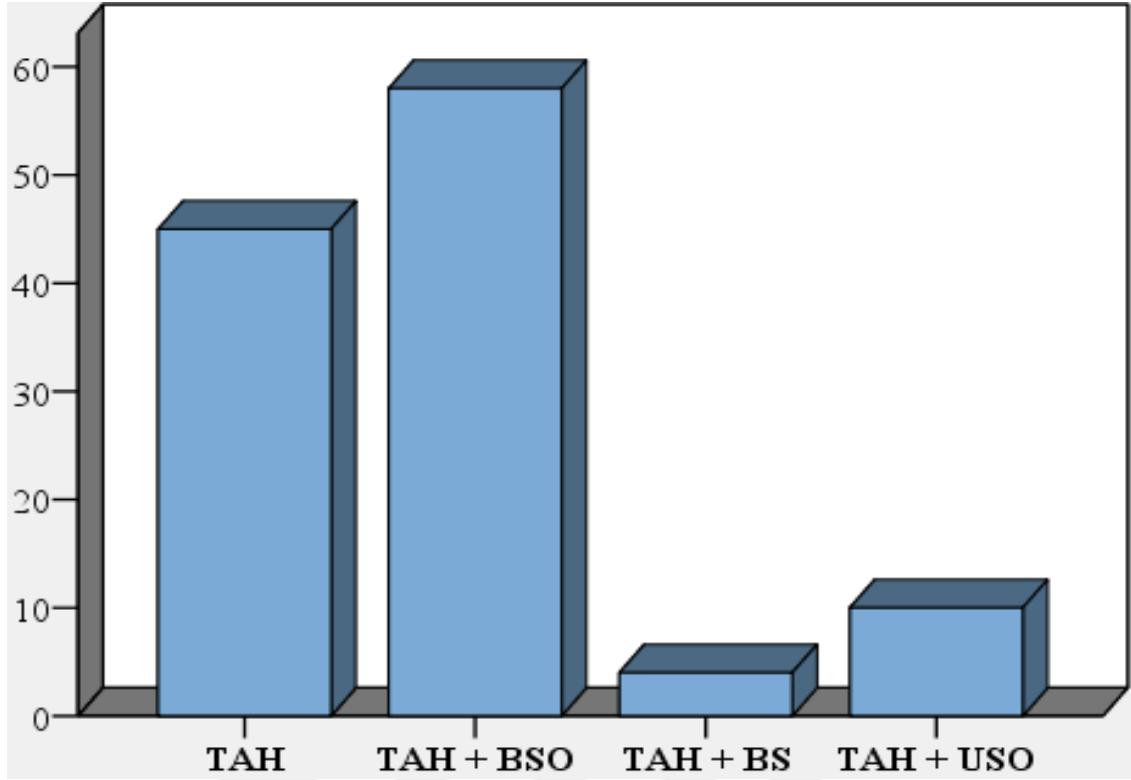


**Şekil 15.** Dördüncü dekaddaki olguların histerektomi nedenleri

Olgular histerektomi türüne göre değerlendirildiğinde en sık yapılan cerrahi işlem TAH+BSO işlemiydi (n=59, %50). Diğer cerrahi işlemler sıklık sırasına göre TAH (n=45, %38.1), TAH+USO (n=10, %8.5), TAH+BS (n=4, %3.4) işlemleriydi (Tablo 16, Şekil 16).

**Tablo 16.** Dördüncü dekaddaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler

<b>CERRAHİ İŞLEM (n=118)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>TAH+BSO</b>	59	%50
<b>TAH</b>	45	%38.1
<b>TAH+USO</b>	10	%8.5
<b>TAH+BS</b>	4	%3.4

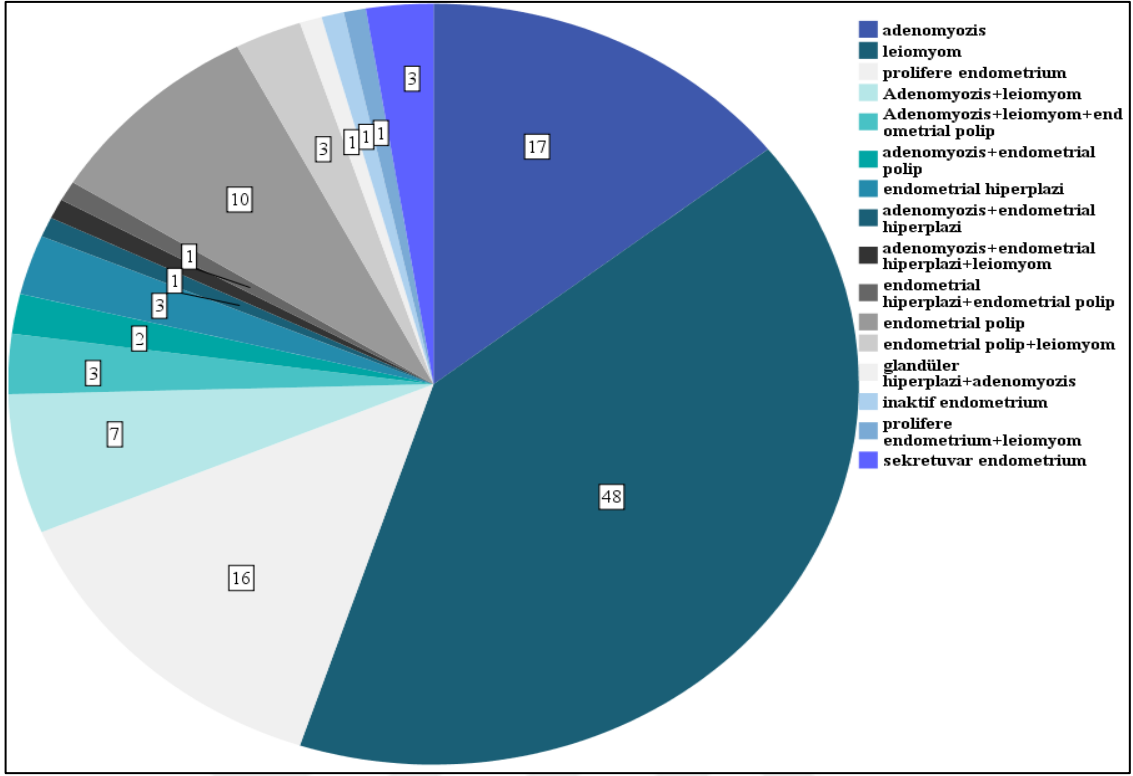


Şekil 16. Dördüncü dekaddaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler

Dördüncü dekatta histerektomi yapılan olgularda en sık saptanan histopatolojik sonuç leiomyoma idi (n=48, %40.7). Olguların histopatolojik sonuçlarının dağılımı Tablo 17 ve Şekil 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. Dördüncü dekaddaki olguların histopatolojik sonuçları

HİSTOPATOLOJİ SONUÇLARI (n=118)	n	%
<b>Leiomyoma</b>	48	%40.7
<b>Adenomyozis</b>	17	%14.4
<b>Prolifere Endometrium</b>	16	%13.6
<b>Endometrial Polip</b>	10	%8.5
<b>Adenomyozis+Leiomyoma</b>	7	%5.9
<b>Endometrial Polip+Leiomyoma</b>	3	%2.5
<b>Sekretuar Endometrium</b>	3	%2.5
<b>Endometrial Polip+Adenomyozis+Leiomyoma</b>	3	%2.5
<b>Endometrial Hiperplazi</b>	3	%2.5
<b>Adenomyozis+Endometrial Polip</b>	2	%1.7
<b>Endometrial Hiperplazi+Adenomyozis</b>	1	%0.8
<b>İnaktif Endometrium</b>	1	%0.8
<b>Leiomyoma+Prolifere Endometrium</b>	1	%0.8
<b>Adenomyozis+Glandüler Hiperplazi</b>	1	%0.8
<b>Endometrial Hiperplazi+Endometrial Polip</b>	1	%0.8
<b>Adenomyozis+Endometrialhiperplazi+Leiomyom</b>	1	%0.8



**Şekil 17.** Dördüncü dekadaki olguların histopatolojik sonuçları

Dördüncü dekadaki tüm olguların cerrahi endikasyonlarına göre histopatolojik tanılarının sıklığı değerlendirildiğinde tüm endikasyonlardaki histopatolojik sonuçların sıklığı istatistiksel olarak benzer bulundu ( $p=0.727$ ). Olguların cerrahi endikasyonlarına göre histopatolojik tanılarının sıklığı Tablo 18’de gösterilmiştir.



**Tablo 18.** Dördüncü dekaddaki olguların cerrahi endikasyonlarına göre histopatolojik sonuçların sıklığı

CERRAHİ ENDİKASYONLAR							
HİSTOPATOLOJİ		Atoni	Anormal uterin kanama	Basit atipisiz hiperplazi	Basit atipisiz hiperplazi + myom	Myom	Myom + anormal uterin kanama
Adenomyozis	n %	1 %5.9	15 %88.2	0 %0	0 %0	1 %5.9	0 %0
Leiomyom	n %	0 %0	37 %77.1	0 %0	1 %2.1	8 %16.7	2 %4.2
Prolifere endometrium	n %	0 %0	16 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0
Adenomyozis+ leiomyom	n %	0 %0	6 %85.7	0 %0	0 %0	1 %14.3	0 %0
Adenomyozis+ leiomyom+ endometrial polip	n %	0 %0	3 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0
Adenomyozis+ endometrial polip	n %	0 %0	2 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0
Endometrial hiperplazi	n %	0 %0	3 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0
Adenomyozis+ endometrial hiperplazi	n %	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	1 %100	0 %0
Adenomyozis+ endometrial hiperplazi+ leiomyom	n %	0 %0	1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0
Endometrial hiperplazi+ endometrial polip	n %	0 %0	1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0
Endometrial polip	n %	0 %0	10 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0
Endometrial polip+leiomyom	n %	0 %0	3 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0
Glandüler hiperplazi+ adenomyozis	n %	0 %0	1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0
İnaktif endometrium	n %	0 %0	1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0
Prolifere endometrium+ leiomyom	n %	0 %0	1 %100	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0
Sekretuar endometrium	n %	0 %0	2 %66.7	1 %33.3	0 %0	0 %0	0 %0

#### 4.5. 50-59 Yaş Aralığındaki Olguların Değerlendirilmesi

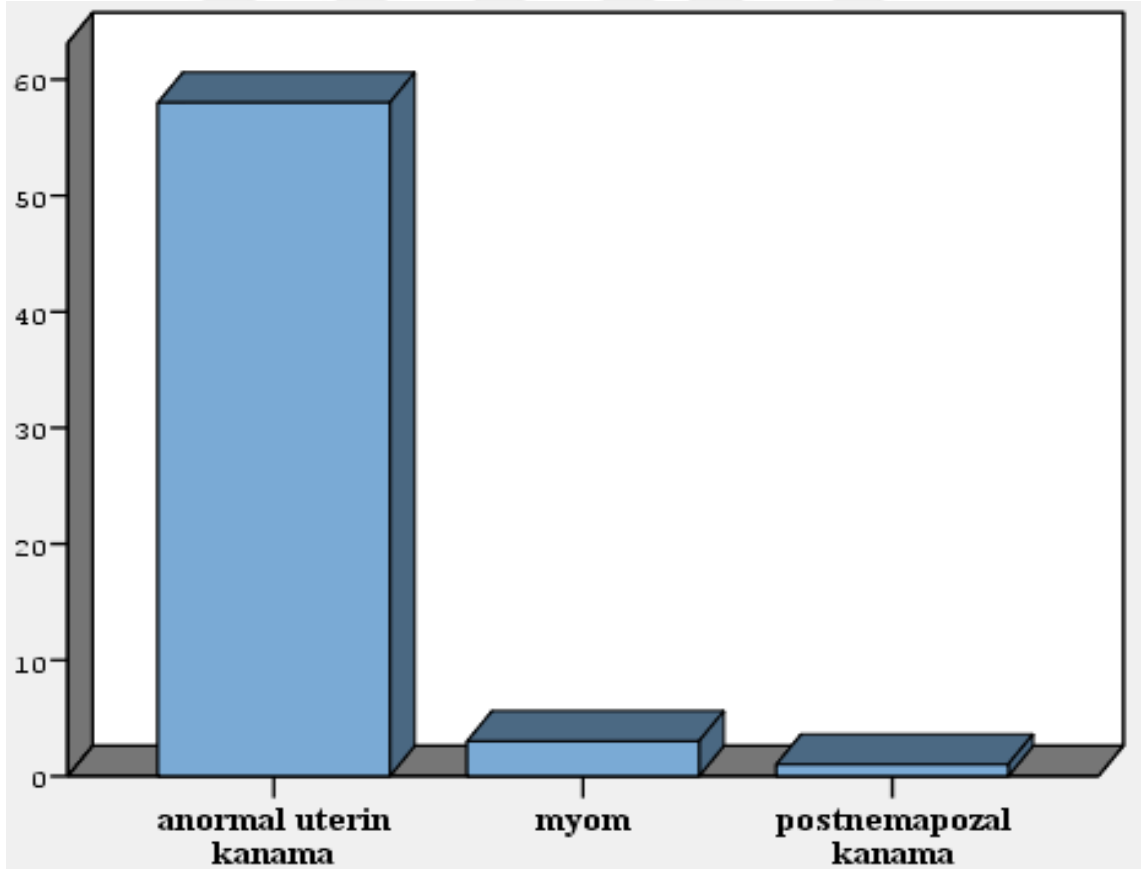
Beşinci dekaddaki olgu sayısı 62'dir.

Bu yaş aralığındaki olguların ortalama yaşları  $53.4 \pm 2.7$  yıl, median 53 (minimum 50-maksimum 59) yıldır.

Histerektomi yapılan olgular histerektomi nedenleri açısından değerlendirildiğinde en sık neden anormal uterin kanamayı ( $n=58$ , %93.5). Diğer nedenler myom ( $n=3$ , %4.8), postmenapozal kanamayı ( $n=1$ , %1.6) (Tablo 19, Şekil 18).

**Tablo 19.** Beşinci dekaddaki olguların histerektomi nedenleri

HİSTEREKTOMİ NEDENİ (n=62)	n	%
Anormal uterin kanama	58	%93.5
Myoma uteri	3	%4.8
Postmenapozal kanama	1	%1.6

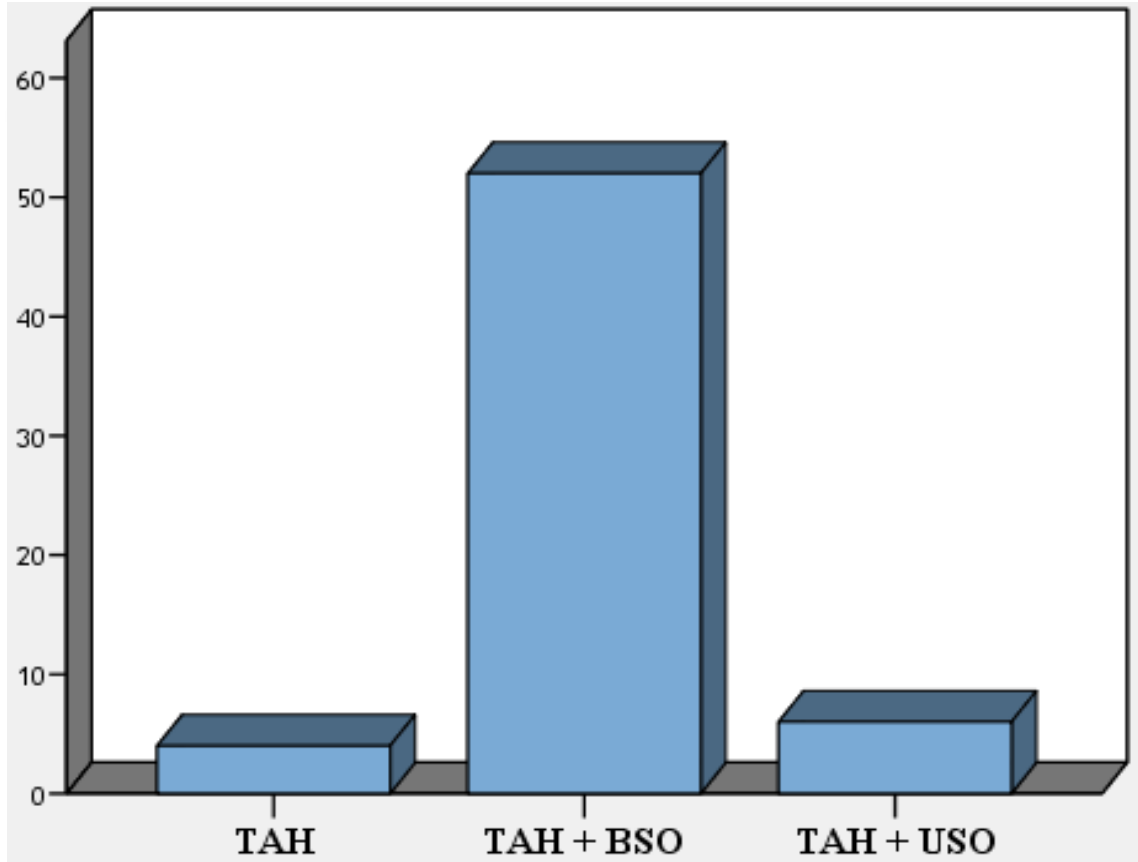


**Şekil 18.** Beşinci dekaddaki olguların histerektomi nedenleri

Olgular histerektomi türüne göre değerlendirildiğinde en sık yapılan cerrahi işlem TAH+BSO'du (n=52, %83.9). Diğer cerrahi işlemler sıklık sırasına göre TAH+USO (n=6, %9.7), TAH (n=4, %6.5) işlemiydi (Tablo 20, Şekil 19).

**Tablo 20.** Beşinci dekaddaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler

<b>CERRAHİ İŞLEM (n=62)</b>	n	%
TAH+BSO	52	%83.9
TAH+USO	6	%9.7
TAH	4	%6.5

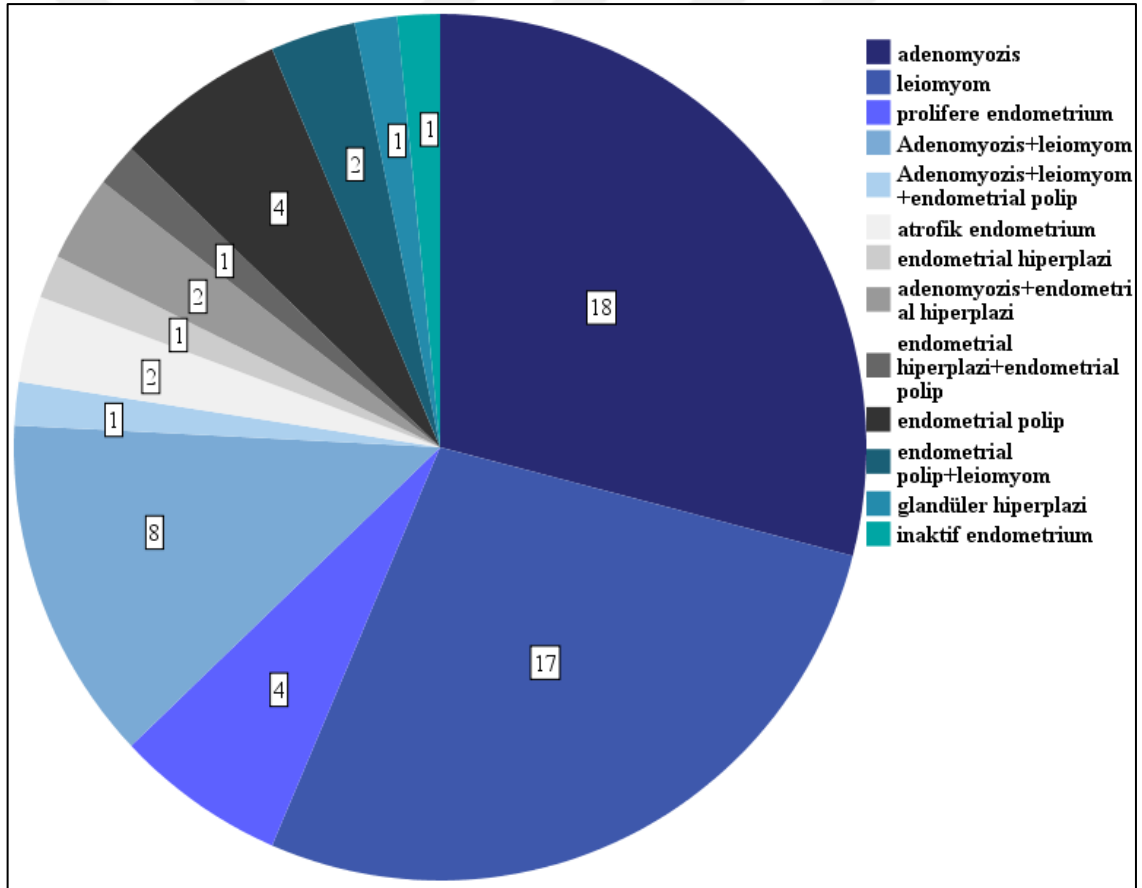


**Şekil 19.** Beşinci dekaddaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler

Beşinci dekadda histerektomi yapılan olgularda en sık saptanan histopatolojik sonuç adenomyozisti (n=18, %29). Olguların histopatolojik sonuçları Tablo 21 ve Şekil 20'de gösterilmiştir.

**Tablo 21.** Beşinci dekaddaki olguların histopatolojik sonuçları

<b>HİSTOPATOLOJİ SONUÇLARI (n=62)</b>	n	%
Adenomyozis	18	%29
Leiomyoma	17	%27.4
Adenomyozis+Leiomyoma	8	%12.9
Prolifere Endometrium	4	%6.5
Endometrial Polip	4	%6.5
Endometrial Polip+Leiomyoma	2	%3.2
Endometrial Hiperplazi+Adenomyozis	2	%3.2
Atrofik Endometrium	2	%3.2
İnaktif Endometrium	1	%1.6
Endometrial Hiperplazi	1	%1.6
Glandüler Hiperplazi	1	%1.6
Endometrial Hiperplazi+Endometrial Polip	1	%1.6
Endometrial Polip+Adenomyozis+Leiomyoma	1	%1.6



**Şekil 20.** Beşinci dekaddaki olguların histopatolojik sonuçları

Beşinci dekaddaki tüm olguların cerrahi endikasyonlarına göre histopatolojik tanıların sıklığı değerlendirildiğinde tüm endikasyonlardaki histopatolojik sonuçların

sıklığı istatistiksel olarak benzer bulundu ( $p=0.986$ ). Olguların cerrahi endikasyonlarına göre histopatolojik tanıların sıklığı Tablo 22’de gösterilmiştir.

**Tablo 22.** Beşinci dekaddaki olguların cerrahi endikasyonlarına göre histopatolojik sonuçların sıklığı

HİSTOPATOLOJİ		CERRAHİ ENDİKASYON			Total
		Anormaluterin kanama	Myom	Postmenapozal kanama	
Adenomyozis	n	17	0	1	18
	%	94,4%	,0%	5,6%	100,0%
Leiomyom	n	16	1	0	17
	%	94,1%	5,9%	,0%	100,0%
Prolifere endometrium	n	4	0	0	4
	%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Adenomyozis+leiomyom	n	6	2	0	8
	%	75,0%	25,0%	,0%	100,0%
Adenomyozis+leiomyom+endometrial polip	n	1	0	0	1
	%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Atrofik endometrium	n	2	0	0	2
	%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Endometrial hiperplazi	n	1	0	0	1
	%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Adenomyozis+endometrial hiperplazi	n	2	0	0	2
	%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Endometrial hiperplazi+endometrial polip	n	1	0	0	1
	%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Endometrial polip	n	4	0	0	4
	%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Endometrial polip+leiomyom	n	2	0	0	2
	%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Glandüler hiperplazi	n	1	0	0	1
	%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
İnaktif endometrium	n	1	0	0	1
	%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Total	n	58	3	1	62
	%	93,5%	4,8%	1,6%	100,0%

#### 4.6. >60 Yaş Olguların Değerlendirilmesi

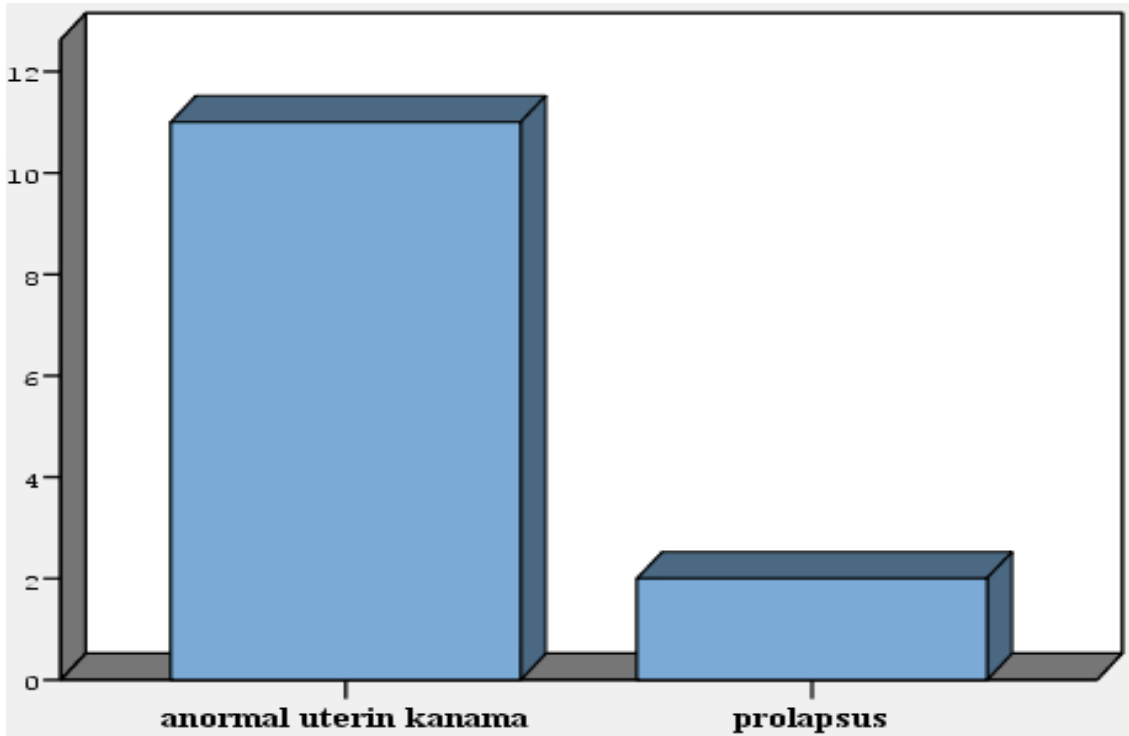
>60 yaştaki olgu sayısı 13’tür.

Bu yaş grubundaki olguların ortalama yaşları  $63.1 \pm 3.6$  yıl, median 61 (minimum 60-maksimum 70) yıldır.

Olgular histerektomi nedenleri açısından değerlendirildiğinde en sık neden anormal uterin kanamayı (n=11, %84.6). Diğer neden ise prolapsustu (n=2, %15.4) (Tablo 23, Şekil 21).

**Tablo 23.** >60 yaştaki olguların histerektomi nedenleri

<b>HİSTEREKTOMİ NEDENİ (n=13)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Anormal uterin kanama</b>	11	%84.6
<b>Prolapsus</b>	2	%15.4

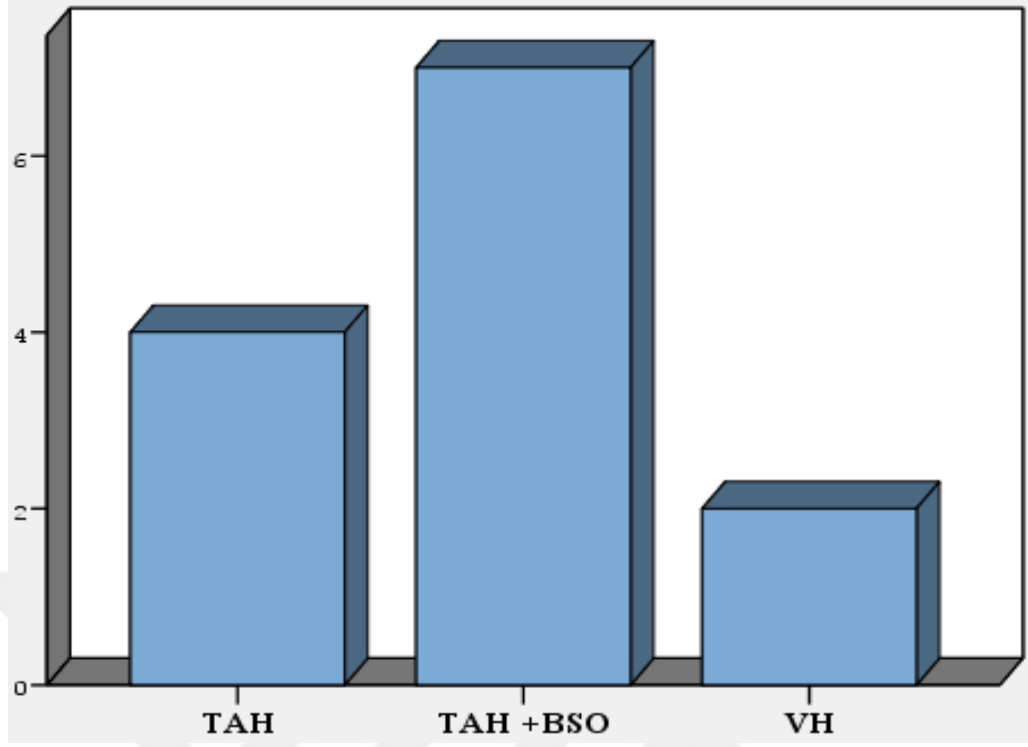


**Şekil 21.** >60 yaştaki olguların histerektomi nedenleri

Olgularda histerektomi 11'inde (%84.6) abdominal, ikisinde (%15.4) vajinal yolla uygulandı. Olgular histerektomi türüne göre değerlendirildiğinde en sık yapılan cerrahi işlem TAH+BSO işlemiydi (n=7, %53.8). Diğer cerrahi işlemler sıklık sırasına göre TAH (n=4, %30.8), vajinal histerektomiydi (n=2, %15.4) (Tablo 24, Şekil 22).

**Tablo 24.** >60 yaştaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler

<b>CERRAHİ İŞLEM (n=13)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>TAH+BSO</b>	7	%53.8
<b>TAH</b>	4	%30.8
<b>VH</b>	2	%15.4

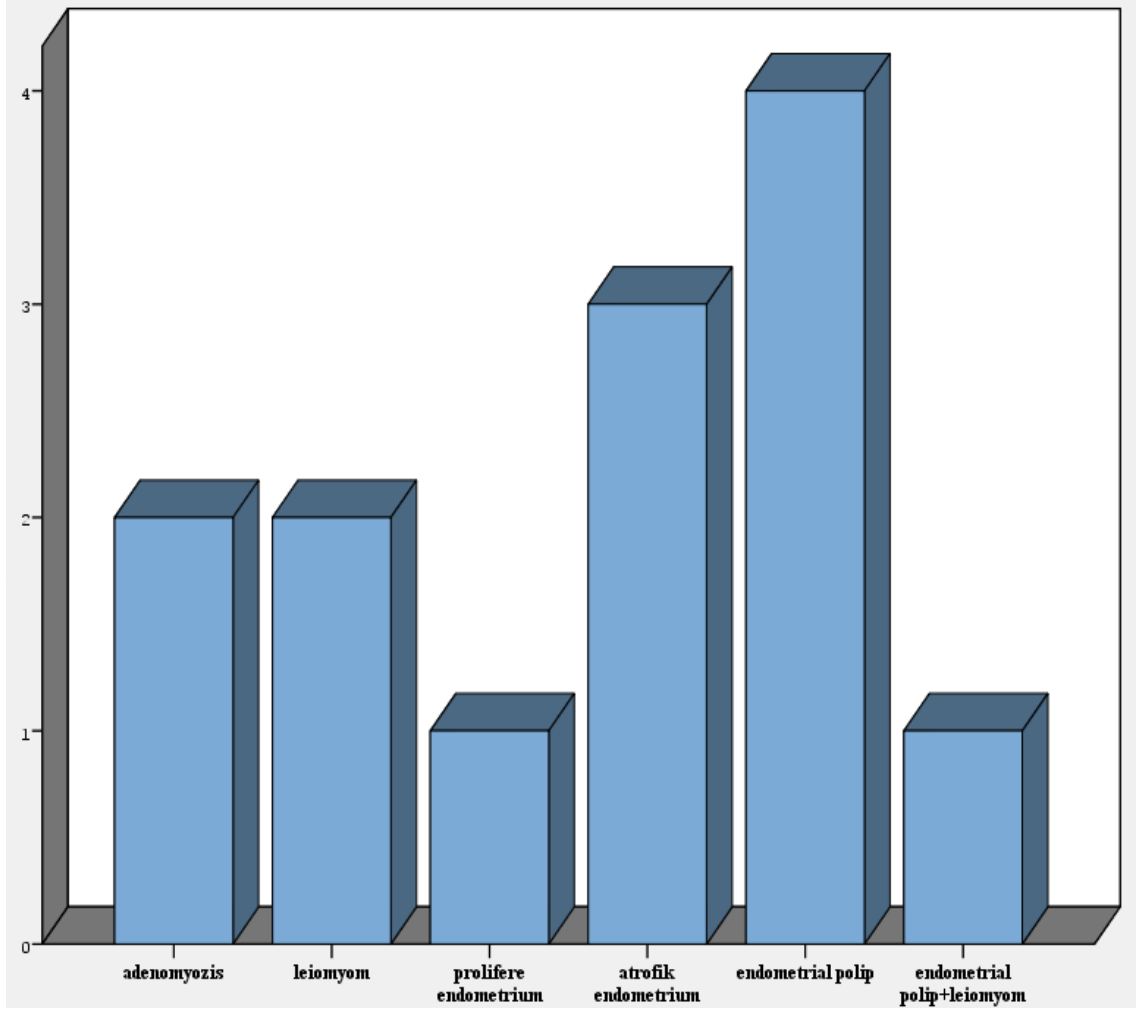


**Şekil 22.** >60 yaştaki olgulara uygulanan cerrahi işlemler

Histerektomi yapılan olgularda en sık histopatolojik sonuç atrofik endometrium (n=3, %25) ve endometrial poliptir (n=3, %25). Olguların histopatolojik sonuçları Tablo 25 ve Şekil 23'te gösterilmiştir.

**Tablo 25.** >60 yaştaki olguların histopatolojik sonuçları

<b>HİSTOPATOLOJİ SONUÇLARI (n=13)</b>	n	%
Endometrial Polip	4	%30.8
Atrofik Endometrium	3	%23.1
Leiomyoma	2	%15.4
Adenomyozis	2	%15.4
Prolifere Endometrium	1	%7.7
Endometrial Polip+Leiomyoma	1	%7.7



**Şekil 23.** >60 yaşdaki olguların histopatolojik sonuçları

>60 yaşdaki olguların cerrahi endikasyonlarına göre histopatolojik tanıların sıklığı değerlendirildiğinde tüm endikasyonlardaki histopatolojik sonuçların sıklığı istatistiksel olarak benzer bulundu ( $p=0.833$ ). Olguların cerrahi endikasyonlarına göre histopatolojik tanıların sıklığı Tablo 26'da gösterilmiştir.



**Tablo 26.** >60 yaştaki olguların cerrahi endikasyonlarına göre histopatolojik sonuçların sıklığı

HİSTOPATOLOJİ		CERRAHİ ENDİKASYON		Total
		Anormal uterin kanama	Prolapsus	
Adenomyozis	n %	2 %100	0 %0	2 %100
Leiomyom	n %	2 %100	0 %0	2 %100
Prolifere endometrium	n %	1 %100	0 %0	1 %100
Atrofik endometrium	n %	2 %66.7	1 %33.3	3 %100
Endometrial polip	n %	3 %75	1 %25	4 %100
Endometrial polip+leiomyom	n %	1 %100	0 %0	1 %100
Total	n %	11 %84.6	2 %15.4	13 %100

## 5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Histerektomi, sezeryandan sonra en sık yapılan jinekolojik operasyondur (Rock ve Jones, 2005). Bu operasyonun endikasyonları arasında anormal uterin kanama, leiomyoma, kronik pelvik ağrı, endometriyozis, serviksin invaziv ve preinvaziv hastalıkları, uterin prolapsus, endometrial maligniteler, obstetrik kanamalar ve atipik endometrial hiperplaziler yer alır. Bu endikasyonlardan en sık operasyon nedeni leiomyomadır (Davies ve Magos, 1997).

Tüm yaş grupları içerisinde, 1000 kadın için histerektomi prevalansı 6,1 ile 8,6 arasındadır. Yüksek geliri olan ülkelerin bir kısmında, tüm kadınların yaşamları süresince histerektomi operasyonu olma olasılıkları %20 civarındadır (Vessey ve ark., 1992). Histerektomi operasyonu kullanılan tekniğe göre değişmekle birlikte; abdominal, laparoskopik ya da vaginal histerektomi şeklinde üç ayrı yöntemle yapılabilir. Histerektomi için uygun görülen teknik, meydana gelen endikasyon, uzmanın tecrübesi, uterusun boyutu, hastanın isteği ve genel durumuna bağlı olarak değişebilir (Ferrari ve ark., 2000; Kovac ve ark., 2002). Bizim çalışmamızda en çok 40-49 yaş aralığında, anormal uterin kanama nedeniyle histerektomi yapılırken, en az olarak 20-29 yaş aralığında; anormal uterin kanama ve atoni nedenleriyle yapılmıştır.

ABD ve İngiltere'de histerektomilerin %60-80'i abdominal yoldan gerçekleştirilmiştir (Sobande ve ark., 2005; Gupta ve Manyonda, 2006). Her ne kadar vajinal yol daha az risk taşıyorsa da, uterovezikal katın, vesikül boynunun sinir kaynağındaki olası hasar ve uterosakral ligamentlerin bölünmesi, içlerindeki merkezi nörovasküler demetlerin eş zamanlı olarak bölünmesi ile birlikte düşünülmesini gerektirmektedir. Bununla birlikte, benign jinekolojik hastalık için histerektomiye cerrahi yaklaşımla ilgili bir Cochrane derlemesinde, yazarlar, tüm parametrelerde eşit veya anlamlı olarak daha iyi sonuç elde edilmesi nedeniyle vajinal histerektominin mümkünse abdominal histerektomiye tercih edilmesi gerektiği sonucuna varmışlardır (Nieboer ve ark., 2010). Bazı prospektif kontrollü çalışmalar, total laparoskopik histerektominin sadece iyi endikasyonlar için değil, aynı zamanda endometrial kanser için de açık cerrahiye güvenli bir alternatif olabileceğini göstermiştir (Garry ve ark., 2004; Hauspy ve ark., 2010). Son zamanlarda, skarsız veya transumbilikal laparoskopik

histerektomi için yöntemler geliştirilmiştir (Langebrekke ve Qvigstad, 2009). Açık prosedürle kombine edilen birkaç çalışma laparoskopik histerektominin daha az operatif komplikasyon, daha hızlı iyileşme, hastanede daha kısa kalış süresi ve daha az ağrı ile sonuçlandığını göstermiştir (Qvigstad ve Langebrekke, 2001).

Histerektomi total veya subtotal olabilir. Subtotal histerektominin postoperatif pelvik hematoma ve prolapsus, daha iyi cinsel fonksiyon ve nöroanatomik yapılara daha az hasar verme riski daha az olduğu ileri sürülebilir. Bir Cochrane derlemesinde, yazarlar, subtotal histerektominin, total abdominal histerektomi ile karşılaştırıldığında, cinsel, üriner ya da bağırsak fonksiyonlarının iyileştirilmiş sonuçları sağladığı algısının doğrulanmadığı sonucuna varmışlardır (Lethaby ve ark., 2009). Amerika Birleşik Devletleri'nde vajinal histerektomilerin abdominal histerektomilere oranı 1/3 olarak belirtilmiştir (Kovac S.R, 1997). Bu oranın İngiltere'de 1/2.7 ile 1/6.7 arasında değiştiği belirtilmiştir (Bottle ve Aylin, 2005). Çalışmamızda yapılan histerektomi olgularının 225'ine (%99.1) cerrahi işlem abdominal yolla uygulanırken sadece iki olguda (%0.9) vajinal yol ile cerrahi işlem uygulandığı görülmektedir.

Dilatasyon ve küretaj (D&C) ile alınan endometriyumun histopatolojisi beklenmedik malignite riskini azaltsa da, histerektomi örneklerinin histopatolojisinde malignitenin olmadığını garanti etmez. Böylece her histerektomi örneği histopatoloji incelemesine tabi tutulmalıdır (Gimbel ve ark., 2002).

Literatürde preoperatif klinik tanının histerektomi histopatolojisi ile karşılaştırıldığı az sayıda çalışma bulunmaktadır.

Endometrium, aktif üreme hayatında sürekli olarak değişime uğrayan, hormona duyarlı bir dokudur. Normal menstrüel siklusun ortalama aralığı  $28 \pm 7$  gün, ortalama süresi  $4 \pm 3$  gün ve kan kaybı miktarı ortalama 30 ml kadardır (Rimsza, 2002). Menoraji düzenli aralıklarla meydana gelen aşırı veya uzamış adet kanamasına işaret eder. Menoraji, kan kaybı > 80 ml / veya 7 günden daha uzun süren adet kanaması olarak tanımlanmıştır (Cameron, 1999). Menoraji nedenleri lokal, sistemik olabilir. Nüfus çalışmaları, kadınların yaklaşık % 10'unun menstrüel kan kaybının > 80 ml döngüsüne sahip olduğunu göstermiştir (Goldrath, 1998). Postadolesan kadınlarda menorajinin en sık nedeni, submüköz bir leiomyoma, endometriyal polip veya adenomyozistir. Ayrıca

hipotiroidizm, karaciğer hastalığı, siroz, kronik böbrek hastalığı, kronik endometrit ve intrauterin cihazların kullanımı gibi sistemik bozukluklar da menoraji ile ilişkilidir (Riaz ve ark., 2010). Endometrial kanser veya premalign lezyonu (örn. Atipik hiperplazi) dışlamak için menoraji ile birlikte 35 yaşın üzerindeki tüm kadınlara endometriyal biyopsi yapılmalıdır (Dijkhuizen ve ark., 2000). Böylece menoraji önemli bir sağlık sorunudur ve histerektominin önemli nedenli nedenleri arasında yer almaktadır (Williams ve Wilkins, 2002; Oehler ve Rees, 2003). Çalışmamızda menoraji, anormal uterin kanama başlığı altında ele alınmış olup önemli bir neden olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sajjad ve arkadaşlarının sundukları bir çalışmada, menometroraji şikayetiyle başvurmuş ve operasyona alınmış hastaların histerektomi materyalleri histopatolojik olarak incelenmiş, bu materyallerin %39'unda leiomyoma, %22'nde adenomyozis olduğu görülmüştür (Sajjad ve ark., 2011). Bizim çalışmamızda, yapılan histerektomilerin histopatolojik sonuçları incelendiğinde %33,9'unda leiomyoma görülürken, % 3,8'inde adenomyozis saptanmıştır.

Tazegül ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları çalışmada en sık görülen histerektomi nedeninin %41,9 oranla myoma uteri olduğu görülmüş, histerektomi endikasyonlarının %13'ünü ovarian kistler, %10'unu disfonksiyonel uterin kanamalar, %3,16'sını ise servikal displaziler oluşturmuştur (Tazegül ve Acar, 2010). Maresh ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, en sık histerektomi nedeni %46 ile disfonksiyonel uterin kanama olarak tespit edilirken; %67 abdominal histerektomi, %30 vajinal histerektomi, %3 laparoskopik asiste vajinal histerektomi uygulanmıştır (Maresh ve ark., 2002). Vessey ve arkadaşlarının vaka sayısı 1885 olan çalışmalarında, yapılan histerektomi ameliyatlarının %38.5'i leiomyoma, %35.3'ü disfonksiyonel uterin kanama, %6.5'i prolapsus, %5.6'sı invaziv ve preinvaziv maligniteler sebebiyle yapıldığı belirtilmiştir (Vessey ve ark., 1992). Lynne ve arkadaşlarının yaptıkları retrospektif bir çalışmada histerektomi sayısı 1.7 milyon olup, bu çalışmalarında histerektomi vakalarının %30'u leiomyom, %20'si endometriozis, %18.2'si kanser veya endometrial hiperplazi ve %17.5'inin uterin prolapsus sebebiyle yapıldığı belirtilmiştir (Lynne ve ark., 1994). Bizim çalışmamızda en sık histerektomi nedeni %85,5 oranla anormal uterin kanamadır. Bunu %7,9'la myom, %3,1 atoni, %1,3 myom+anormal

uterin kanama, %0,9, %0,4 postmenapozal kanama, %0,4 basit atipisiz hiperplazi ve %0,4 ile prolapsus basit atipisiz hiperplazi+myom nedenleri takip etmektedir.

Sonuç olarak; retrospektif olarak gerçekleştirdiğimiz çalışmamızda ilimizde yapılan histerektomilerin cerrahi endikasyonlarının, uygulanan cerrahi işlemlerin, en az ve en çok görülen yaş gruplarının daha önceki çalışmalarla paralellik gösterdiği tespit edilmiştir.

En sık neden olan anormal uterin kanamayı, 2. sırada %7,9 oranla myom takip ederken, 3. sırada özellikle acil histerektomi durumunda görülen atoni %3,1 oranla yer almaktadır.

Yaptığımız bu çalışma 5 yıllık bir süreçte, 227 hastanın verileri üzerinde retrospektif olarak yapılmıştır. Malign vakalar üzerinde daha kapsamlı ileri çalışmalar ve ilave retrospektif çalışmalar yapılmasını önerebiliriz.

## KAYNAKLAR

Berek JS. Histerektomi. Erk A, Demirtürk F, editörler. Berek & Novak Jinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017.

Bottle A, Aylin P. Variations in vaginal and abdominal hysterectomy by region and trust in England. BJOG. 2005;112(3):326-8.

Cameron IT. Menstrualdisorder. In: Edmond DK, editor. Dewhurst'sTextBook of Obstetrics and Gynaecology for Postgraduate. 6th ed. London: Blackwell Science Press Limited. 1999;410-9.

Campbell RM. The anatomy and histology of the sacrouterine ligaments. Am J Obstet Gynecol. 1950;59:1-12.

Cravello L, De Montgolfier R, D'Ercole C, Roger V, Blanc B. Endoscopic surgery. The end of classic surgery? Eur J Obstet Gynecol ReprodBiol. 1997;75:103-6.

Davies A, Magos A. Indications and alternatives to hysterectomy. Baillière's Clin Obstet Gynecol. 1997;11(1):64-7.

Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. The Collaborative Review of Sterilization. Am J Obstet Gynecol. 1982;144:841-8.

Dijkhuizen FP, Mol BW, Brölmann HA, Heintz AP. The accuracy of endometrial sampling in the diagnosis of patients with endometrial carcinoma and hyperplasia: A meta-analysis. Cancer. 2002;89:1765-72.

Dinçgez B, Coşkun Eİ, Ayanoğlu YT. Kliniğimizde Gerçekleştirilen Histerektomi Olgularının Değerlendirilmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2011;45(2):35-38.

Dolgun ZN, İnan C. Kliniğimizde Yapılan Total Abdominal Histerektomi Endikasyonları ve Operasyon Materyallerinin Histopatolojik Değerlendirilmesi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2017;48(2).

Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. Obstet Gynecol. 2002;99:229-34.

Ferrari MM, Berlanda N, Mezzopane R, Ragusa G, Cavollo M, Pardi G. Identifying the indications for laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: a prospective, randomised comparison with abdominal hysterectomy in patients with symptomatic uterine fibroids. British J Obstet Gynecol. 2000;107(5):620-5.

Garry R, Fountain J, Mason S, Napp V, Brown J, Hawe J, ve ark. The evaluate study: two parallel lrandomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. BMJ. 2004;328:129-35.

- Gimbel H, Ottesen B, Tabor A. Danish gynecologists' opinion about hysterectomy on benign indication: results of a survey. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002;81:1123–31.
- Gupta S, Manyonda I. Hysterectomy for benign gynaecological disease. *Curr Obstet Gynecol.* 2006;16:147–53.
- Goldrath M. Office hysteroscopy and sancticurettage in the evaluation of abnormal uterine bleeding. In: Cameron IT, Fraser IS, Smith SI, editors. *Clinical Disorders of the Endometrium and Menstrual Cycle.* Oxford: Oxford University Press. 1998;148-54.
- Hauspy J, Jimenez W, Rosen B, Gotlieb WH, Fung-Kee-Fung M, Plante M. Laparoscopic surgery for endometrial cancer: a review. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010;32:570–9.
- Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Corton MM. *Histerektomi.* Yıldırım G, Yıldırım GY, Polat İ, editörler. Williams Jinekoloji. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015.
- Kovac SR. Vaginal Hysterectomy *Bailliére's Clin Obstet Gynecol.* 1997;11(1):95-110.
- Kovac SR, Barhan S, Lister M, Tucker L, Bishop M, Das A. Guide lines for the selection route of hysterectomy: Application in a resident clinic population. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(6):1521-7.
- Langebrenne A, Qvigstad E. Total laparoscopic hysterectomy with single port Access without vaginal surgery. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009;16:609–11.
- Lefebvre G, Jeffrey J, Vilos G, Arneja J, Birch C, Fortier M. SOGC clinical guidelines hysterectomy. *J Obstet Gynecol Can.* 2002;24(1):37–61.
- Lethaby A, Ivanova V, Johnson N. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions (Review). *Cochrane Database SystRev.* 2009.
- Liu CY. Laparoscopic hysterectomy. Report of 215 cases. *Gynecol Endosc.* 1992;1:73-7.
- Lowenstein L, Yarnitzky D, Gruenwald I, Deutsch M, Sprecher E, Gedaliac U, Vardic Y. Does hysterectomy affect genital sensation? *Europ J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005;119:242–5.
- Maresh, MJA, Metcalfe MA, McPherson K, Overton C, Hall V, Hargreaves J, Bridgman S, Dobbins J, Casbard A. The value national hysterectomy study: Description of the patients and their surgery. *Obstetrical Gynecological Survey.* 2002;57(7):431-2.
- Nanshen F, Iqbal J, Bhatti FA, Khan AT, Sheikh S. Hysterectomy: The patient's perspective. *Annals Gynecol.* 2004;10:339–41.
- Nieboer TE, Johnson N, Lethaby N, Tavender E. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease (Review). *Cochrane Database SystRev.* 2010.

- Oehler MK, Rees MC. Menorrhagia: An update. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2003;82:405-22.
- Rayan MM. Hysterectomy: social and psychological aspects. *Baillieres Clin Obstet Gynecol*. 1997;11:23–6.
- Reich H, de Caprio J, Mc Glynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynaecol Surg* 1989; 5: 213-6.
- Reich H, Ribeiro SC, Vidali A. Hysterectomy as treatment for dysfunctional uterine bleeding. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*. 1999;13:251-69.
- Riaz S, Ibrar F, Dawood NS, Jabeen A. Endometrial pathology by endometrial curettage in menorrhagia in premenopausal age group. *J Ayub MedColl Abbottabad*. 2010;22:161-4.
- Ribeiro SC, Ribeiro RM, Santos NC, Pinotti JA. A randomized study of total abdominal, vaginal and laparoscopic hysterectomy. *Int J Gynecol Obstet*. 2003;83:37-43.
- Rimsza ME. Dysfunctional uterine bleeding. *Pediatr Rev*. 2002;23:227-33.
- Rock JA, Jones HW. III, Histerektomi, In: Te Linde's Operatif Jinekoloji 9. Basım, Çeviri Editörü: Erol Tavmergen, İzmir Güven Kitabevi Bölüm 31. 2005;731-55.
- Qvigstad E, Langebrekke A. Should we commend hysterectomy more often to premenopausal and climacteric women? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90:811–4.
- Saleh SS, Fram K. Histopathology diagnosis in women who underwent a hysterectomy for a benign condition. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;285:1339–43.
- Sawke NG, Sawke GK, Jain H. Histopathology findings in patients presenting with menorrhagia: A study of 100 hysterectomy specimen, India. 2017.
- Skidmore C, Overton CE. Complication and clinical outcomes of hysterectomy. In: O'donovan PJ, Miller CE (eds) *Modern management of abnormal uterine bleeding*. Informa UK, London. 2008;337–45.
- Sobande AA, Eskander M, Archibong EI, Damole IO. Elective hysterectomy: A clinico pathological review from Abhacatchmentarea of Saudi Arabia. *West Afr J Med*. 2005;24:31–5.
- Sutton C. Hysterectomy: a historical perspective. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*. 1997;11:1-22.
- Vessey MP, Villard-Mackintosh L, McPherson K, Coulter A, Yeats D. The epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort study. *Br J Obstet Gynecol*. 1992;99(5): 402-7.



Wilcox LS, Koonin LM, Pokras R, Strauss LT, Xia Z, Peterson HB. Hysterectomy in the United States, 1988-1990. *Obstet Gynecol.* 1994;83(4):549-55.

Williams L, Williams W. Dysfunctional uterine bleeding. In Ostrzenski A. *Gynaecology Integrating Conventional.* 2002;123.





## ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında Van ilinde doğdu. Öğretmen bir baba ve ev hanımı olan bir annenin 4 çocuğundan ikinci çocuklarıdır. Bir abisi ve kendisinden küçük ikiz erkek kardeşleri var. İlk ve orta öğrenimini Van Şehit Kemal Görgülü ilköğretim Okulu'nda, lise öğrenimini ise Van Yabancı Dil Ağırlıklı Atatürk Anadolu Lisesi'nde tamamladı. 2004-2008, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji Bölümü mezunudur. 2013 yılında Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesine Biyolog olarak atandı. Burada 6 yıl çalıştıktan sonra 2019 yılında Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesine eş durumundan tayin oldu. 2016 yılında kazandığı Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimini 2019 yılında tamamlarken, aynı yıl içerisinde Hukuk Fakültesini kazandı. Evlidir. Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde halen çalışmaya devam etmektedir.

## EKLER

### EK 1. Etik Kurul Kararı

	<b>KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU</b>	
Versiyon No :12	Yayın Tarihi: 01.11.2014	Revizyon No :02
	Revizyon Tarihi: 28.02.2017	Sayfa sayısı :1/1

<b>ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI</b>	<b>2012-2016 Yılları Arasında Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Histerektomi Yapılan Hastaların Histopatolojik Tanı Analizi</b>	
<b>VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU</b>		
<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	<b>ETİK KURULUN ADI</b>	Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu
	<b>AÇIK ADRESİ:</b>	Süphan Mahallesi Hava Yolu Kavşağı 1. Kilometre Galericiiler Sitesi Karşısı C/Blok 4.Kat. No:128 / VAN
	<b>TELEFON</b>	0(432) 215 7601 Dahili 23650
	<b>FAKS</b>	0(432) 212 1954
	<b>E-POSTA</b>	Vaneah.etikkurulu@saglik.gov.tr

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	<b>KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI</b>	Biyolog Havva ÇINAR			
	<b>KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI</b>				
	<b>KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ</b>	Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	<b>VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI</b>	yok			
	<b>DESTEKLEYİCİ</b>	yok			
	<b>PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)</b>	yok			
	<b>DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ</b>	yok			
	<b>ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ</b>	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>				
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>				
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz: <b>RETROSPEKTİF ÇALIŞMA.</b>					
<b>ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER</b>	<b>TEK MERKEZ</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>ÇOK MERKEZLİ</b>	<input type="checkbox"/>	
	<b>ULUSAL</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>ULUSLARARASI</b>	<input type="checkbox"/>	



Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı:

İmza:

*(Handwritten signature)*  
 SDO Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
 Onkolojik Hastalıklar ERAY  
 Çelebi Psikiyatri Uzmanı  
 Etik Kurul Başkanı

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

	<b>KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU</b>			
Versiyon No :12	Yayın Tarihi: 01.11.2014	Revizyon No :02	Revizyon Tarihi: 28.02.2017	Sayfa sayısı :1/2

<b>ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI</b>	<b>2012-2016 Yılları Arasında Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Histerektomi Yapılan Hastaların Histopatolojik Tanı Analizi</b>
<b>VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU</b>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SIGORTA					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU					
	İLAN					
	YILLIK BİLDİRİM					
	SONUÇ RAPORU					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ					
	DİĞER:					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2017/10	Tarih: 14.10.2017				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					

<b>KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>	
<b>ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI</b>	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
<b>BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:</b>	Uzm.Dr. Şafak ERAY

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Uzm.Dr. Şafak ERAY	Çocuk Psikiyatri Uzmanı	VEAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Şafak Eray</i>
Yrd.Doç.Dr. Sinemis ÇETİN DAĞLI	Halk sağlığı uzmanı	YYÜH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr. Harun ARSLAN	Radyoloji Uzmanı	YYÜH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr. Necatı ALMALI	Genel cerrahi uzmanı	YYÜH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Adem ŞAHİN	Avukat	İl.sag.Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>A.Şahin</i>
Dr. Semra GÜMÜŞ GÜNDÜZ	Aile Hekimliği	İl Halk Sağ. Müd.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Semra Gündüz</i>
Otomasyon..Coşkun ALPATA	Sivil	VEAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Coşkun Alpata</i>
Müh. Alper BOZAN	Biyomedikal	VEAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Alper Bozan</i>
Yrd.Doç.Dr. Funda AYDIN	Analitik kimya	YYÜH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Funda Aydın</i>
Dr. Ecz. Nojdar Gonca BOZKURT	Farmakoloji alanı. Doktora	Serbest Eczacı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Nojdar Gonca Bozkurt</i>
Uzm.Dr. Gülşen GÜZGEN	Göz Hastalıkları Uzmanı	VEAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Gülşen Güzgen</i>
Uzm.Dr. Yüksel Gülen ÇİÇEK	Biyokimya Uzmanı	VEAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Yüksel Gülen Çiçek</i>
Uzm.Dr.Çayan ÇAKIR	Kardiyoloji Uzmanı	VEAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Çayan Çakır</i>

Etik Kurul Başkanı'nın  
Unvanı/Adı/Soyadı  
İmza: *Şafak Eray*  
SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Çocuk Psikiyatri Uzmanı  
Etik Kurul Başkanı

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

## EK 2. Tez Orijinallik Raporu

### EK 2. Tez Orijinallik Raporu

	<p>T.C. VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri Enstitüsü</p>	
<b>LİSANSÜSTÜ TEZ ORJİNALLİK RAPORU</b>		

**Tarih:** 17/06/2019

Tez Başlığı / Konusu: 2012-2016 Yılları Arasında Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Histerektomi Yapılan Hastaların Histopatolojik Tanı Analizi


Yukarıda başlığı/konusu belirlenen tez çalışmamın Kapak sayfası, Giriş, Ana bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan toplam 60 sayfalık kısmına ilişkin, 14/06/2019 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitine intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtreleme uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %17 (on yedi) dir.

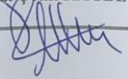
Uygulanan filtreler aşağıda verilmiştir:

- Kabul ve onay sayfası hariç,
- Teşekkür hariç,
- İçindekiler hariç,
- Simge ve kısaltmalar hariç,
- Gereç ve yöntemler hariç,
- Kaynakça hariç,
- Alıntılar hariç,
- Tezden çıkan yayınlar hariç,
- 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 7 words)

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Lisansüstü Tez Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılmasına İlişkin Yönergeyi inceledim ve bu yönergede belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. 17.06.2019

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Havva YILMAZ  
İmza  


Öğrencinin Adı Soyadı	Havva YILMAZ	
Anabilim Dalı	: Tıbbi Histoloji ve Embriyoloji AD.	
Öğrenci No	159302036	
Programı	: <input checked="" type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora	
<b>DANIŞMAN ONAYI</b> UYGUNDUR Prof. Dr. Murat Çetin RAĞBETLİ 		<b>ENSTİTÜ ONAYI</b> UYGUNDUR 